

**CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL
ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA
COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

MARTHA ISABEL CUARÁN



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

SANTIAGO DE CALI 2015

**CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL
ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA
COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

**Investigación como requisito parcial para optar al título
de Magíster en Salud Pública**

**Director de trabajo de grado
Linda Teresa Orcasita**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI 2016**

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, Marzo del 2016

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que aportaron un granito de arena en los diferentes ámbitos de mi vida para culminar con éxito tan importante proyecto, especialmente a:

La docente Linda Orcasita por acompañarme en mi proceso de crecimiento profesional y permitirme compartir las motivaciones por el trabajo con las comunidades indígenas.

A todos los docentes que día a día hicieron parte del proceso de aprendizaje, en especial a Janeth Mosquera, María Fernanda Tobar, Nicolás Ortiz y Constanza Díaz, quienes me fortalecieron con una palabra de aliento en una etapa más de mi vida.

A Dios por darme la oportunidad de tener a mi Madre Blanquita con vida, a mis hermanos y amigos, quienes me han acompañado en el logro de una meta, en especial a Viviana, Roberto y Arley.

A todos mis compañeros y amigos en especial a Gina y Natalia, porque con cada una de sus experiencias aportaron a mi crecimiento espiritual y académico.

Finalmente, mis más profundos agradecimientos a cada uno de los participantes que hicieron parte de la investigación, entre ellos: médicos tradicionales, parteras, gestantes, y a las instituciones que me apoyaron en el proceso; el proyecto no hubiese sido posible sin su voz. Además, gracias a ellos, se aporta un nuevo conocimiento al campo de la salud pública, en aras de una sociedad más equitativa e incluyente.

CONTENIDO

RESUMEN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. ESTADO DEL ARTE.....	18
4. REFERENTES CONCEPTUALES	23
4.1. Revisión de teorías que han abordado el problema	23
4.2. Perspectiva teórica de la interculturalidad en salud materna.....	28
5. OBJETIVOS.....	31
5.1. General.....	31
5.2. Específicos.	31
5.3. Propósito del estudio.	32
5.4. Impacto esperado.	32
6. METODOLOGÍA	33
6.1. Tipo de estudio.	33
6.2. Diseño Metodológico.	33
6.3. Área de estudio.....	36
6.4. Población participante.....	40
6.5. Definición de categorías de análisis.	42
6.6. Recolección de la información.	44
6.7. Plan de análisis.....	46
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	48
8. RESULTADOS	50
8.1. Características de los participantes.....	50
8.2. Perspectiva de cosmovisión en salud materna e intercultural	53
8.2.1 Cosmovisión de la salud	53
8.2.2. Cosmovisión de la Maternidad	55
8.2.3 Cosmovisión de los servicios de salud.....	56
8.3. Características de la comunidad y de los servicios de salud	58
8.3.1. Acercamiento Intercultural	58
8.3.1.1 Contexto sociocultural	58
8.3.1.1. Reconocimiento de la Medicina Tradicional.....	60
8.3.1.3. Relación entre profesionales de la salud y sabedores tradicionales	63

8.3.1.4 Relación entre sabedores tradicionales y gestantes	63
8.3.1.5. Participación social en políticas y planes intersectoriales en salud	65
8.3.1.6. Interacción de la gestante con los servicios de salud y los programas sociales	66
8.3.2 Características de los servicios de salud	70
8.3.2.1. Disponibilidad de recursos, servicios y del programa de control prenatal	70
8.3.2.2. Accesibilidad en distancia, tiempo y recursos del bolsillo	72
8.3.2.3. Calidad del control prenatal	72
8.3.2.4. Relación médico-paciente	76
8.3.2.5. Derechos del paciente	77
8.3.2.6 Satisfacción de las necesidades del paciente	78
8.4. Recursos para el acceso y la participación en la salud materna	79
8.4.1. Recursos de la comunidad	79
8.4.2. Recursos de los servicios de salud	81
8.4.3. Recursos familiares	82
8.5. Barreras para el acceso y la participación en salud materna	83
8.5.1. Barreras de la comunidad	83
8.5.2. Barreras de los servicios de salud	85
8.5.3. Barreras familiares	87
9. DISCUSIÓN	88
10. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	100
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	100
12. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA	101
13. CONCLUSIONES	102
13.1. Recomendaciones	104
14. BIBLIOGRAFÍA	105
15. ANEXOS	111

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Natalidad y mortalidad, 2005-2011, en el Municipio de Córdoba.....	39
TABLA 2. Tasa de fecundidad específica 2005-2011, en el Municipio de Córdoba.....	39
TABLA 3. Tasa de fecundidad específica 2005-2011, en el Municipio de Córdoba.....	39
TABLA 4. Tasa de Mortalidad fetal, 2011-2014, en el Municipio de Córdoba.....	40
TABLA 5. Razón de mortalidad materna, 2011-2015, en el Municipio de Córdoba.....	40
TABLA 6. Descripción de categorías del estudio.....	42
TABLA 7. Características sociodemográficas de los participantes.....	53
TABLA 8. Diferencias explicativas entre perspectivas occidental y tradicional en un acercamiento a la comprensión de la salud materna intercultural.....	92
TABLA 9. Recursos y barreras en los diferentes momentos significativos para la atención en salud y el acceso a los servicios de salud.....	99

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Modelo de evaluación cobertura en los servicios de salud.....	26
FIGURA 2. Modelo del sol naciente.....	26
FIGURA 3. Mapa de ubicación geográfica del municipio de Córdoba.....	37
FIGURA 4. Perspectiva teórica de la interculturalidad en la salud materna.....	92

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Guía de observación.....	111
ANEXO 2. Guía previa entrevistas semiestructurada para gestantes.....	113
ANEXO 3. Guía entrevistas semiestructurada para sabedores tradicionales.....	114
ANEXO 4. Guía entrevistas semiestructurada para profesionales en salud.....	115
ANEXO 5. Consentimiento informado N° 1 para las gestantes.....	117
ANEXO 6. Consentimiento informado N° 2 para los sabedores tradicionales.....	121
ANEXO 7. Consentimiento informado N° 3 dirigido a profesionales de la salud.....	123
ANEXO 8. Ruta de atención de atención a gestantes de la comunidad Males.....	125
ANEXO 9. Acta de aval del comité de ética humana, Universidad del Valle.....	126
ANEXO 10. Carta autorización de la E.S.E San Bartolomé.....	128
ANEXO 11. Autorización del gobernador dEl cabildo de Males.....	129
ANEXO 10. Carta de autorización Operador FAMI-ICBF.....	130

RESUMEN

Introducción: A pesar de los avances en salud, la mortalidad materna continúa como uno de los problemas prioritarios de la salud pública, en especial afectando a comunidades indígenas en los departamentos de la zona pacífica como Cauca y Nariño. Entre las acciones de intervención se plantea el enfoque étnico y el enfoque intercultural en salud como una de las estrategias que permite mejorar las condiciones de la salud pública materna, tanto en el marco del sistema de salud propia e intercultural, SISPI, como en el plan decenal de salud pública. Sin embargo, a la hora de pensar en su implementación se presentan diferencias y dificultades, y por tanto, como un tema reciente y complejo, se profundizó en conocer sobre el acercamiento intercultural en torno al programa de control prenatal. **Objetivo:** Comprender las condiciones socioculturales que facilitan y limitan el acercamiento intercultural entre las gestantes de la comunidad indígena Males y los servicios de control prenatal. **Población estudio:** Participaron ocho (8) gestantes, dos (2) médicos y dos (2) sabedores tradicionales de la comunidad de Males, en el Departamento de Nariño. **Metodología:** El estudio se abordó desde el enfoque cualitativo, con herramientas de etnografía focalizada, mediante las técnicas de observación y entrevista semiestructurada para la recolección de la información. El análisis se hizo a partir de diarios de campo y entrevistas; se extractaron códigos, que luego fueron agrupados en las categorías que mejor representaron el fenómeno estudiado. **Resultados:** Desde dos perspectivas de la salud, el médico occidental concentra los esfuerzos en el cumplimiento de la normativa en los programas y estrategias, a partir de una cosmovisión biopsicosocial del ser humano. El médico tradicional, con una visión más holística, se centra en las relaciones humanas de confianza, en la educación y el autocuidado. La mujer por su parte experimenta múltiples cambios, ciertos temores, y riesgos durante el embarazo, además encuentra disponible una atención simultánea desde las dos corrientes de la medicina. Finalmente, se encuentra rodeada de diversas situaciones en la familia, la comunidad y los servicios, que influyen en la salud de mujeres y niños, las cuales, pueden convertirse en recursos o barreras para la salud. **Conclusiones:** Desde un enfoque etnográfico, se reconoce el alcance y los beneficios de cada una de las dos corrientes de la salud, siendo la una reconocida socialmente y la otra desvalorizada, como resultado de un proceso histórico de inequidad social y de dominación étnico-racial. En este sentido, la práctica de la medicina ancestral se legitima y se mantiene vigente en la comunidad, como una alternativa de atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, surgen diferencias y desacuerdos entre los distintos sistemas de cuidados, en los cuales está inmersa la cultura de la comunidad y que está implícito la manera de ver y concebir la

salud y al ser humano. El devenir de la atención, entre dos sistemas de cuidados, en donde uno predomina sobre otro, puede estar relacionado con ciertos temores de las mujeres a los servicios de salud, lo que a su vez conlleva a que desconfíen de los servicios, oculten sus prácticas durante la gestación, pos parto y lactancia materna y a no expresar abiertamente sus necesidades en salud, que finalmente, influyen en la adherencia al control prenatal. Además de múltiples barreras, existentes en los servicios y la comunidad, resaltándose las de accesibilidad geográfica, financiera y de tiempo, así como las de aceptabilidad, que se relaciona con una ausencia de pertinencia cultural de la atención y la debilidad en la organización de programas, estrategias y recursos para la atención materna e infantil.

Palabras claves: Cosmovisión en salud, interculturalidad, servicios de salud, maternidad segura.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, más de 1.500 mujeres y niñas mueren cada día por complicaciones maternas y perinatales, y es esta la primera causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva (1). De igual forma en América Latina mueren 9.500 madres y 160.000 niños cada año, y en Colombia se reportaron 1779 muertes perinatales y neonatales tardías, además de una razón de mortalidad materna (RMM) de 71.64 por 100.000 nacidos vivos en el año 2010, en la que se clasifica a la zona pacífica como una de la más afectadas por los altos índices de mortalidad (2, 3).

De otro modo, en el periodo 2008-2011 en Nariño, la mortalidad materna e infantil en general disminuyó. Sin embargo, en el municipio de Córdoba durante este mismo periodo las condiciones maternas y aquellas ocasionadas durante el periodo perinatal fueron las causas de la morbilidad específica, afectando principalmente a mujeres, neonatos y niños de la comunidad indígena Males (4). Durante el periodo 2012-2015, aunque se presentó solo dos casos de mortalidad materna, representa una razón de mortalidad materna del 496,7 por 1000 nacidos vivos. Así mismo, a pesar de que existe una tendencia creciente de la proporción de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales alcanzando el 97% en el año 2015, es relevante una proporción del 13 % de partos domiciliarios. Además, los eventos de mortalidad perinatal muestran una tendencia creciente durante el quinquenio 2011- 2015, especialmente durante el año 2014, en donde se alcanza una razón de mortalidad fetal de 174 por 1000 nacidos vivos (4). Cabe resaltar que a pesar de las mejorías en último cuatrienio, aún existen debilidades en el sistema de información en Salud, relacionado con el flujo de los datos desde las UPGDS primarias a la Dirección local de Salud, lo que puede generar un sub registro.

De acuerdo con lo anterior, la mortalidad materna ha sido reconocida como un problema social y de salud pública que ha trascendido a factores determinantes estructurales más complejos que afectan los derechos a la salud, la igualdad y la vida de las mujeres (5). Lo cual se demuestra en la última evaluación del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el cual, se identificó que el progreso tiende a pasar por alto a las mujeres y a los niños que se encuentran en desventaja por su estrato socioeconómico bajo, la edad, la etnia o la discapacidad, y las diferencias son profundamente notables entre zonas urbanas y rurales. De esta manera, se encuentra que Nariño aunque ha mejorado en su indicadores, contribuyendo de esta manera al País en la disminución de la

morbilidad y mortalidad evitables, no se ha cumplido los objetivos del Milenio para el año 2015 relacionadas con la salud materna y la disminución de la pobreza (6).

A nivel global, entre las causas directas más comunes de la mortalidad materna perinatal, se encuentran los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis que no sólo están relacionadas con la deficiente calidad y cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva, sino también con otras barreras de tipo social y cultural que producen distanciamiento entre los servicios de salud y las comunidades (3, 7). En efecto, algunos modelos conceptuales y enfoques han tratado de explicar y resaltar los factores contribuyentes a los resultados adversos en salud materna así como en la perinatal, con el fin de orientar diversas intervenciones en diferentes momentos y contextos (8).

Frente a estos factores explicativos, se proponen realizar énfasis en estrategias de intervención en los factores intermedios, tales como la oferta y la demanda en salud, las barreras de acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la mujer para disminuir las causas directas de la mortalidad materna (8); analizar el contexto del mercado de los servicios de salud y orientarlos a intervenciones complejas relacionadas con mejoras dentro del sistema de salud (9, 10); enfocarse en factores individuales, familiares, comunitarios y sociales, que suponen las demoras en la atención y limitan el acceso a los servicios de salud maternos (9, 11). De igual forma, promover un enfoque de maternidad segura a través de políticas institucionales enfocadas en el respeto por los derechos humanos y adelantar mejoras frente a la deficiencia de recursos para la atención, la comunicación inefectiva y la discriminación de las minorías étnicas (12).

En este sentido, en las comunidades indígenas desde una perspectiva epidemiológica, muchas de las muertes maternas y perinatales pueden ser prevenibles con unas condiciones de vida favorables, a partir de la organización de estrategias de atención primaria en salud (APS), y sistemas de salud apropiados a las realidades locales de los grupos étnicos y las comunidades en donde se concentran las brechas de la inequidad en salud (7, 13).

De este modo, con el ánimo de mejorar la situación de salud materna e infantil y en el marco de los acuerdos internacionales, se ha dado importancia a la salud de las mujeres y los niños de los pueblos indígenas, esto mediante el direccionamiento de políticas públicas orientadas al desarrollo de proyectos en promoción de la salud, y que incluyen el fortalecimiento de la salud tradicional y los modelos de cuidado intercultural (3, 14). No obstante, a las mejoras globales en salud, los pueblos indígenas y afrodescendientes al parecer siguen como los más afectados por las desigualdades en salud, puesto que aún continúan viviendo

en una situación de pobreza con dificultades para acceder a los servicios de salud, y por ende, el aumento del riesgo de enfermar o morir (3, 7).

Cabe notar que también existe una dificultad, relacionada con la organización de los sistemas de información en salud a nivel nacional, en especial para la recolección de la información diferenciada de las comunidades indígenas. En la mayoría de las fuentes, en los instrumentos de captura de los datos, la incorporación de la variable étnica no se tiene en cuenta y no es suficiente para obtener un perfil epidemiológico diferenciado, que permita comparar los resultados en salud entre etnias y población mestiza (15).

Al respecto, en Latinoamérica se han realizado estudios con comunidades indígenas y de áreas rurales. Éstas señalan que la interculturalidad en salud es un complejo entre dos sistemas: por un lado se encuentra el reconocimiento del saber occidental, que está centrado en el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud basado en un sistema biomédico. Por el otro lado, un conjunto de saberes y prácticas construidas por las comunidades indígenas entre lo mágico, religioso y empírico como un sistema complejo que guarda armonía con su entorno social, cultural y ambiental (16-18).

Por consiguiente, la interculturalidad en salud entendida como una estrategia para comprender la dinámica de cada cultura (19), surge como una necesidad para promover el rescate y la supervivencia de las prácticas tradicionales en salud, la comunicación entre diferentes culturas, el respeto por los derechos de los pueblos indígenas y el equilibrio de las relaciones entre sistemas de salud, (20). Dicha interculturalidad resulta de un diálogo de saberes y permite crear nuevas relaciones humanas en torno al proceso holístico del cuidado de la salud-enfermedad (21-23). Sin embargo, se han presentado diferencias y dificultades para lograr una articulación en salud entre los sistemas tradicional y occidental en el momento de pensar en la implementación de modelos de salud intercultural en comunidades indígenas, tales como las explicaciones epistemológicas culturales de la enfermedad y el contexto de las relaciones de poder desiguales, en lo que predomina el sistema de salud occidental (19, 24).

La interculturalidad también ha sido considerada como una estrategia de globalización en la que la dominación de una cultura busca absorber a otras, en la que se crea un proceso gradual de desestabilización de los sistemas ideológicos propios, de la religión y de la medicina tradicional. Por tanto, se promueve la interculturalidad en salud, se acepta la multiculturalidad y se propone revalorizar la medicina tradicional, pero al mismo tiempo se presenta una tendencia hacia la

transformación de lo propio y una indiferencia ante la situación de pobreza y las condiciones de vida en que viven las comunidades (25).

En investigaciones de salud materna en Colombia se da a conocer la existencia, por un lado de la debilidad en la implementación de las estrategias en salud pública, especialmente en el litoral pacífico y en las regiones como Cauca y Nariño persistiendo limitantes en el desarrollo socioeconómico, la dispersión geográfica, el conflicto interno, entre otros, que se convierten en barreras para el acceso de las gestantes y sus familias a los servicios de salud (16). Por otro lado, se observa la presencia de dificultades que surgen en la perspectiva de construir prácticas en salud en las cuales los sistemas tradicional y occidental coincidan, mediante el reconocimiento de la relación entre distintas cosmovisiones del proceso salud-enfermedad (16, 26). Otros resultados, evidencian que la cohabitación de dos o más cosmovisiones en salud lleva a las gestantes a ocultar algunas prácticas tradicionales por temor y desconfianza a los profesionales de salud. Además, el personal de salud identifica algunas barreras culturales en la adherencia al control prenatal lo que a su vez genera discriminación o desacuerdos culturales (17).

De esta manera, se crean barreras de comunicación entre prestadores de salud y la comunidad que limitan el acceso a los servicios de salud maternos. Así mismo, se ha identificado que al no considerar la cultura de la comunidad en la atención en salud, persistirán dificultades como la falta de adhesión terapéutica e inasistencia de gestantes al programa de control prenatal, lo cual agrava la situación de salud pública (17). Por consiguiente, los autores recomiendan reflexionar sobre aspectos como la dificultad en la comprensión de la lengua entre agentes tradicionales y profesionales de salud, la diferencia en el uso de las categorías sobre enfermedades y los diversos tratamientos terapéuticos junto con la participación activa de la comunidad para que la salud intercultural sea un hecho posible (27, 28).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el marco de la construcción del sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI) en Colombia, progresivamente se ha ido dando relevancia a la implementación de políticas en salud pública de carácter participativa y consultiva con las comunidades, las autoridades y los gobiernos (26). Algunas iniciativas reúnen los esfuerzos orientados a comprender la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, e incluye elementos del enfoque intercultural encaminadas a disminuir la brecha de pobreza y mejorar el acceso a los servicios de salud (29).

En relación con el tema, también se ha motivado el interés por conocer a mayor profundidad sobre las cosmovisiones de los pueblos indígenas; sus percepciones,

creencias y prácticas durante la gestación, parto y puerperio, en la cual se concluye que es necesario modificar, negociar o desalentar algunas prácticas, reflexionar en la posibilidad de una adecuación cultural de los servicios de salud, disponer de hogares de paso en zonas rurales dispersas, proporcionar educación a parteras y promocionar el diálogo intercultural (27, 28, 30).

Sin embargo, a pesar de la importancia del enfoque diferencial, planteado en el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la literatura no evidencia investigaciones encaminadas a comprender de manera integral en el contexto cómo se da esa relación intercultural entre los sabedores tradicionales, las gestantes de la comunidad y el personal que atiende los programas de control prenatal, por lo que es importante conocer tanto el papel de participación que tienen en la comunidad en el logro de la salud materna como las condiciones tanto sociales y culturales que rodean la situación de salud materna, al tener en cuenta el contexto económico y los servicios de salud. Por lo anterior, es necesario orientar la investigación que permita profundizar sobre, *¿Cuáles son las condiciones sociales y culturales, que facilitan y limitan el acercamiento intercultural, entre las gestantes de la comunidad indígena Males y los servicios de control prenatal?*

Por lo tanto, es necesario conocer las características de los servicios de salud, la viabilidad de una adecuación cultural de los servicios y programas de salud pública, en este caso el de control prenatal a las necesidades de la comunidad. En este sentido, es importante comprender desde el paradigma interpretativo, la interacción y el papel de participación de los profesionales de la salud, los sabedores tradicionales y las gestantes en la comunidad, en torno a la salud materna, partiendo desde las cosmovisiones de sus realidades y experiencias. Así mismo, identificar tanto los recursos sociales y culturales con los que cuenta la comunidad, los cuales facilitan el acercamiento entre médico-paciente y comunidad-servicios de salud, así como también las barreras o limitantes que pueden presentarse en el contexto en el que se vive la maternidad.

2. JUSTIFICACIÓN

La constitución política, reconoce a Colombia como un País multiétnico y pluricultural, en donde, se encuentran territorios y poblaciones con características particulares que los diferencia entre sí. Un arraigo cultural hace parte de cada una de las comunidades que marca sus creencias, prácticas, tradiciones y estilos de vida. En este sentido, en la salud pública se ha venido dando importancia al modelo conceptual de determinantes sociales en salud, que se deben afectar

positivamente en diferentes niveles, teniendo en cuenta alcanzar el bienestar y mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

Con el fin de incorporar la equidad sanitaria en las políticas públicas, se expone en el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales como son; enfoque de derechos, enfoque étnico, enfoque diferencial, enfoque poblacional y enfoque de género. Si bien se constituye en una política pública amplia y completa, que incorpora los determinantes sociales; es posible que puede quedarse en lo meramente teórico y conceptual, al no traducirse en la implementación de intervenciones concretas y específicas, en los territorios en que se encuentran las poblaciones más pobres y afectadas por los problemas de salud pública como la mortalidad materna y perinatal.

Por lo anterior, fue esencial investigar un poco más sobre las condiciones sociales y culturales en el contexto socioeconómico en que viven, crecen y trabajan las personas, teniendo en cuenta que son determinantes de los problemas prioritarios y de las necesidades en salud pública en las comunidades. Esto nos llevó acercarnos a la comprensión del abordaje de la interculturalidad en las políticas públicas en la salud de los colectivos, en este caso en el componente de la dimensión de salud sexual y reproductiva. Además, puede ser una herramienta útil para posicionar un nuevo modelo de atención en salud para las poblaciones indígenas, teniendo en cuenta la reorientación de programas y estrategias con enfoque étnico, de derechos y territorial.

También es un primer paso en la sensibilización de actores, comunidad y gobernantes a un “diálogo de saberes” en torno a la interculturalidad en salud, como un tema reciente y complejo, el cual requiere de propiciar espacios de acercamiento entre las cosmovisiones y las prácticas en salud ancestrales y occidentales, desde el punto de vista de los cuidados de la gestante, en la etapa del control prenatal, parto y posparto; así mismo, proponer intervenciones frente a las barreras que influyen en la mortalidad materna perinatal y potenciar los recursos para la salud que se encuentran disponibles en las comunidades indígenas.

Para dar respuesta a esta brecha del conocimiento, se realizó un estudio desde un abordaje interpretativo, con enfoque etnográfico para conocer y comprender desde la voz de los participantes, la interculturalidad alrededor de la salud materna.

3. ESTADO DEL ARTE

La mortalidad materna continúa como un problema latente de salud pública el cual refleja el grado de desarrollo del país y la garantía de las condiciones mínimas necesarias para el bienestar de la comunidad (31). Por lo tanto, si la salud materna a nivel mundial es considerada como una prioridad de intervención, las políticas públicas deberían encaminarse a promover, mejorar y mantener unas condiciones de salud óptimas, en especial en las comunidades indígenas que han padecido las consecuencias de las desigualdades sociales y en salud (3).

Cabe resaltar que la zona pacífica es una de las más afectadas por los índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil que afectan principalmente a indígenas y afro descendientes, esto debido a la persistencia de limitantes para el acceso de las gestantes a los servicios de salud, como el desarrollo socioeconómico, dispersión geográfica y el conflicto interno (7, 16). Ahora bien, los estudios realizados alrededor de la salud materna muestran que la mortalidad en gestantes y niños son evitables mediante la organización de los servicios de salud en las comunidades, al ser ineludible considerar sus cosmovisiones, percepciones, creencias y prácticas en salud como parte integral de las intervenciones orientadas a una adecuación cultural de los servicios (32).

Además, es necesario promover una comunicación intercultural que minimice las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, dando importancia a una nueva política con un enfoque intercultural que requiere el desarrollo de la creatividad en la búsqueda de estrategias que faciliten el diálogo y comunicación entre modelos de salud-enfermedad (24). De esta manera, es necesario reconocer que los pueblos indígenas tienen modos diferentes de ver la realidad, cosmovisiones y lenguajes en particular que son elementos esenciales en el planteamiento de un enfoque intercultural en las políticas públicas en salud (33).

En este sentido, la UNICEF (2011) promueve, inicialmente en Argentina, la incorporación de la interculturalidad en las políticas públicas mediante el desarrollo de un modelo orientado a la maternidad segura y centrado en la familia (MSCF). La adopción de esta perspectiva intercultural se encamina hacia la superación de las barreras culturales mediante la atención pertinente dirigida tanto a los grupos indígenas como a los migrantes, y con el fin de disminuir los índices de morbi-mortalidad materna y neonatal. Dicha iniciativa, integra el enfoque intercultural considerando los aspectos sociales y culturales tanto de los servicios como de la maternidad y el respeto por los derechos de mujeres y niños-as. Además, propone una atención humanizada en los distintos contextos multiculturales con el uso de

prácticas seguras y efectivas motivando la participación del padre, la familia y las instituciones de salud como fundamentales en el logro de una atención con calidad (34).

Se han realizado algunos estudios relacionados con el tema de interculturalidad en salud y salud materna en comunidades rurales e indígenas. Por un lado, se aborda de manera general la comprensión de la interculturalidad en salud y las barreras de acceso a los servicios en general (23, 24, 35, 36). Por otra parte, se aborda las barreras de acceso al control prenatal y dificultades de comunicación entre los profesionales de salud y las gestantes (17).

En cuanto a la comprensión de la interculturalidad en salud, para algunos autores, se entiende como un conjunto de acciones y políticas propensas a incorporar la cultura del usuario en los procesos de atención en salud (21). Para otros autores, la pertinencia cultural en la atención en salud va más allá de lo étnico e implica reconocer la diversidad biológica, cultural y social del ser humano en un contexto más amplio de la salud-enfermedad (37, 38). Por tanto, algunos países latinoamericanos han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural se convierta en una barrera de acceso para una atención con calidad en salud.

Dichas acciones encaminadas a implementar el enfoque intercultural en salud han requerido tener en cuenta, desde las diferentes cosmovisiones, un análisis conceptual de los modelos epistemológicos del fenómeno, salud- enfermedad, con el fin de comprender y buscar estrategias de acercamiento entre mundos culturales (24, 34). Es aquí, en el acercamiento entre diversas culturales, en el que surgen conflictos entre distintas cosmovisiones en salud debido no sólo a las diferencias entre los modelos comprensivos o interpretativos de cada sistema, sino también a la dominación social de un modelo de salud sobre otro (23). Las dificultades más frecuentes están relacionadas con el rechazo y la no adherencia a los tratamientos, basadas en un modelo de salud occidental, problema presente en la comunicación entre medico-paciente, así como la rivalidad entre sabedores tradicionales y profesionales de la salud (22).

De igual forma, se mencionan algunas estrategias que pueden minimizar las barreras en la atención y mejorar las expectativas entre equipos de salud y pacientes, tales como los procesos de comunicación y diálogo que tienden a reconocer prácticas o tratamientos de ambas partes (39). Bajo esta perspectiva, se convierte en un reto la adecuación cultural de los servicios de salud que respondan a las necesidades de la comunidad, puesto que es necesario superar las barreras en la atención en salud e ir más allá del diálogo e intercambio cultural

de conocimientos y prácticas, es decir, emplear un proceso de transformaciones estructurales de largo plazo el cual requiere la participación del Estado, la sociedad y las comunidades indígenas (24).

En relación al acceso y utilización de los servicios de salud maternos, en diferentes estudios se han identificado y agrupado elementos determinantes los cuales han generado modelos explicativos de la mortalidad materna (8, 9). Estos han permitido identificar y orientar múltiples intervenciones relacionadas con la accesibilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y el contacto de la comunidad con los servicios de salud (40, 41). Así mismo, se identifican elementos facilitadores durante el proceso de atención; como las buenas relaciones entre prestadores y pacientes, el apoyo social recibido, la educación e información sobre la enfermedad, los servicios adecuados a las necesidades de los pacientes y la acción intersectorial (36, 40).

También se identificó que tanto el nivel de ingreso como las condiciones de capacidad de gestión local de los servicios constituyen factores predictivos de la utilización de los servicios maternos en poblaciones con bajos recursos, por lo que es necesaria la implementación de estrategias que contribuyan al fortalecimiento de las capacidades locales de los mismos y promover el uso de los servicios de atención primaria mediante la inversión en infraestructura, talento humano y la reducción de las inequidades en salud (42).

En cuanto al control prenatal, se encuentra que si bien éste es una prioridad del programa de salud materna, no todas las mujeres asisten a las citas programadas, y las que asisten se sienten insatisfechas con la atención recibida; lo anterior se origina como resultado de factores individuales y otros limitantes que requieren de un estudio más profundo que incluya barreras estructurales de acceso relacionadas con el estrato económico de las gestantes y su familia (23).

Además, otros estudios muestran que las principales dificultades que se presentan en la atención prenatal, se deben a los costos de transporte, deficiencia de la capacidad instalada para la atención, talento humano no capacitado, carencia de los procesos de referencia de pacientes, poca sensibilidad de las instituciones y maltrato por parte del personal administrativo (40, 43). Así mismo, se identifica debilidad en la implementación de las estrategias de atención primaria en salud, la falta de organización de los servicios y la poca participación de la comunidad en los procesos de salud (31).

Del mismo modo, se evidenció que en la adherencia al control prenatal, el personal de salud desde la perspectiva cultural identifica que la inasistencia a las

citas programadas se deben al temor frente a los servicios de salud y a la pérdida de tiempo, así como a la falta de continuidad por parte de las gestantes para seguir las recomendaciones suministradas por el personal de salud en cuanto a la alimentación, toma de medicamentos, y actividad física (36).

Por otra parte, las gestantes durante la maternidad realizan una serie de prácticas culturales generalmente en lo referente a los cuidados en la alimentación y el uso de hierbas medicinales, experiencias que quisieran compartir pero no lo hacen por temor de los profesionales de salud, y el personal de salud por su parte considera que las creencias sobre el parto y lactancia pueden ser factores de riesgo para la salud materna (39).

Además, se reconocen otros factores que influyen en la adherencia al control prenatal, como las dificultades económicas para asistir a las instituciones de salud, los permisos en el trabajo durante la gestación, los embarazos no planeados, la inestabilidad familiar y de pareja (17). En lo que concierne a facilitadores para la adherencia al control prenatal se identifican el apoyo de los centros de salud, las creencias religiosas de las pacientes, el sentido de responsabilidad de las gestantes, el trato más acogedor por algunas profesionales, la cercanía del centro de salud y el apoyo del compañero y la familia en el proceso de la maternidad (40).

Ahora bien, en referencia al análisis de la mortalidad materna, se han estudiado los retrasos en la atención y se señala que los eventos de mortalidad materna se relacionan con la falta de reconocimiento de los signos de alarma y el retraso en acudir a los servicios de salud, así como la mala calidad de la atención tanto en el control prenatal como en la emergencia obstétrica. Además, se reconoce que estos eventos no pueden ser analizados solo desde una perspectiva médica, sino que es necesario un análisis desde una aproximación intercultural, que involucre a personas que tomen decisiones respecto a la construcción de propuestas que disminuyan la mortalidad materna (44).

En relación a la interculturalidad en salud de los pueblos indígenas, específicamente en los programas de salud sexual y reproductiva, pocos estudios han abordado la comprensión de las barreras y facilitadores para el acceso y la participación en la salud materna e infantil, en medio de las diferencias culturales entre los sistemas de salud tradicionales y facultativos. Algunos estudios se han abordado desde la importancia de una adecuación cultural de los servicios de salud, los cuales señalan que el personal de salud presenta poca credibilidad, desvalorización, desconocimiento y falta de compromiso en los procesos de adecuación de los servicios para las comunidades indígenas(28).

Por su parte, los agentes tradicionales en salud resaltan la búsqueda del reconocimiento de sus prácticas como mediadores en la integración al sistema de salud vigente, esto con el fin de superar las experiencias negativas y fortalecer las relaciones de unos con otros (44). Además, se hace evidente que aún no se ha reconocido las concepciones de las comunidades indígenas en la salud materna infantil, al dejar de lado aspectos tan esenciales como el diálogo intercultural y el contexto histórico de las comunidades(16).

Al tener en cuenta que la política intercultural de salud en Colombia es reciente y compleja, además que se presenta poca creatividad en la búsqueda de estrategias que faciliten el diálogo y comunicación entre modelos de salud (23), son limitados los estudios que aborden de manera integral, la comprensión de las características sociales y culturales que facilitan o limitan un acercamiento intercultural entre gestantes de la comunidad y los programas de control prenatal. Lo anterior, orientado a la identificación de elementos útiles para reflexionar sobre las intervenciones en salud pública con un enfoque étnico, pertinentes al contexto, a las políticas de salud colectiva y a las características de la comunidad.

4. REFERENTES CONCEPTUALES

4.1. Revisión de teorías que han abordado el problema

Se describe a continuación cómo las diversas teorías han abordado el problema de investigación, desde diferentes aspectos como la salud materna, el acceso a los servicios de salud, la transculturalidad en el cuidado de la salud y finalmente del abordaje de la interculturalidad. Sin embargo para el presente estudio, solo se tomó elementos importantes de los referentes teóricos así: a) Modelo de acceso equitativo a los servicios de salud, de Tanahashi, b) Modelo del sol naciente de la teoría de cuidados transculturales, de Madeleine Leininger y b) La Interculturalidad crítica, de Katherine Walsh, las cuales orientaron a la comprensión de los fundamentos teóricos y el análisis de las experiencias recogidas desde las narrativas de los participantes del estudio. De estos elementos se hace una análisis en una segunda parte, en una perspectiva teórica de la salud materna e intercultural.

Con el fin de disminuir la mortalidad materna y neonatal en las poblaciones se ha propuesto un sistema de atención prenatal organizada y sistemática del cuidado (41). En el proceso de organización de los servicios de salud, las políticas promueven la atención prenatal como una serie de acciones y recursos organizados para proveer información, educación, detección temprana, protección específica, prevención de riesgos obstétricos y neonatales así como tratamiento de los daños en salud mediante el programa de control prenatal, lo cual requiere de la vigilancia epidemiológica de los eventos inesperados en salud, al ser la atención prenatal una de las pocas oportunidades de contacto que tienen la gestantes con los servicios de salud (45).

Cabe resaltar que el uso de los servicios en salud está determinado por un proceso de atención médica que expone un panorama para la comprensión de las conductas de prevención en salud que puede tomar una determinada población (46). En este sentido, distintos modelos teóricos han sido empleados para estudiar el acceso a los servicios de salud (36). Dicha información la complementan Andersen y Aday (1974), quienes desarrollaron un modelo de utilización de servicios que permite ver de manera amplia la interacción entre dos tipos de variables. La primera relacionada con el contexto social, es decir las políticas en salud, características de la población y de los servicios como factores mediadores entre el acceso a los servicios de salud y su utilización. La segunda está relacionada con el uso real de los servicios y la satisfacción del usuario frente a los

mismos, al considerar el acceso como una característica esencial de un sistema de salud organizado (47, 48).

Por otra parte, Donabedian (1973) estudió la accesibilidad como una relación entre las características de los usuarios, los recursos en salud y las características de los servicios de salud de las cuales depende su utilización. Además, consideró que la accesibilidad va más allá de la disponibilidad de recursos, identificando dos aspectos de gran importancia como la dimensión geográfica y la organizacional (49). En la actualidad las empresas las Empresas prestadoras de Beneficios EAPB y las empresas prestadoras de Servicios de Salud, utilizan modelos de calidad en la atención en salud, en la planificación de los modelos de atención y de los servicios, teniendo en cuenta la implementación de los aspectos conceptuales del padre de la calidad o Donabedian.

En este contexto de acceso a los servicios de salud, también se ha utilizado el modelo de evaluación de “Cobertura Efectiva” de Tanahashi (1978), quien plantea que existe una interacción entre unos elementos de la “provisión de servicios y de la población”, que depende de las características del sistema de salud, los recursos y capacidades de la población para identificar las necesidades buscando una atención en salud. Ahora bien, el modelo considera las etapas de disponibilidad de los programas o servicios y los recursos que requieran para su funcionamiento; la accesibilidad relacionada con la distancia, el tiempo, horarios de atención y costos del bolsillo de los usuarios; la aceptabilidad en lo que tiene que ver con la percepción de la atención bajo las condiciones socioculturales y religiosas; y la de contacto, entendida como un proceso de adecuación de los servicios a las necesidades del paciente (50, 51).

Dicho modelo, como una adaptación al de Andersen, surge en la búsqueda de una teoría que responda mejor a la desigualdad social de la población que permite evaluar el efecto de factores socioeconómicos en el acceso a los servicios de salud. Este modelo se ha usado en algunos estudios con gestantes para evaluar el acceso equitativo a los servicios de salud, demostrando ser muy útil para observar que el nivel socioeconómico interviene como predisponente de la utilización de servicios de atención prenatal, pero deja a un lado el análisis de la situación de aquellas mujeres que no han tenido ningún contacto con los programas de atención prenatal (40, 51).

Figura Nº 1. Modelo de Evaluación de cobertura de los servicios de salud



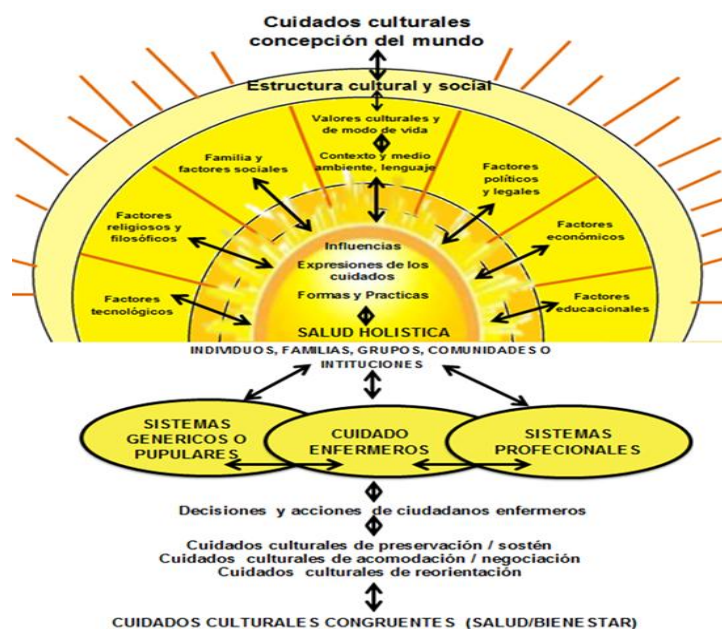
En cuanto a modelos explicativos relacionados específicamente con la salud materna, diferentes teorías han abordado el análisis de morbilidad y mortalidad desde los múltiples factores causales, que a su vez han permitido plantear múltiples intervenciones en diferentes momentos y contextos (8, 43, 52). Por ejemplo, los modelos propuestos por Maine, UNICEF e IMPAC dan a conocer tres niveles en los que se encuentran los factores contribuyentes en la salud materna, es decir, los lejanos, los intermedios y los directos. En primer lugar, en los factores lejanos se encuentran los relacionados con educación, barreras de género, discriminación, pobreza y factores políticos. En segundo lugar, en los intermedios, se presenta el estado de salud de la mujer, las barreras en el acceso a los servicios, la oferta y la demanda de servicios, así como los hábitos y condiciones de alimentación y medioambientales de la comunidad. En tercer lugar, en los factores directos, se observa por parte de los servicios la capacitación del personal y los recursos necesarios para la atención, y por parte de los usuarios, las condiciones de salud o patológicas y las conductas de cuidado para la salud (8, 9, 12).

Madeleine Leininger (1960), introduce el concepto de cultura en el ejercicio de la enfermería y define la enfermería transcultural como campo en el cual es necesario conocer las creencias, valores y modos de vida de los pacientes y sus familias, para brindar un cuidado más integral u holístico que ayude afrontar la enfermedad, la muerte o la discapacidad (26). En este sentido, se han realizado estudios que toman como referente teórico el modelo transcultural de los

cuidados, centrándose en el cuidado de la salud que se apoya en la cultura, la información sobre las necesidades del paciente, las creencias, los valores y las prácticas para mantener, negociar o recuperar la salud (30, 32).

El anterior enfoque ha permitido conocer y comparar entre las diversas culturas; sobre las percepciones, creencias y prácticas durante la gestación, el parto y el puerperio (30), además, comprender a la mujer y su familia como seres humanos integrales, y reconocer la importancia de brindar una atención en salud, centrada en los cuidados y adecuada a su entorno social y a su procedencia cultural (28).

Figura N° 2: Modelo del Sol Naciente Madeleine Lininger, representando la Teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la Universalidad.



Ahora bien, los diferentes enfoques de abordaje manifiestan un amplio panorama de factores contribuyentes a los eventos no deseados en salud materna y han permitido reconocer que las condiciones culturales y sociales son determinantes del estado de salud (37). No obstante, queda mucho por comprender en la realidad social y cultural de las comunidades indígenas, en donde ocurren las muertes de mujeres y niños-as. Además, se debe dar paso al reconocimiento y la puesta en marcha de intervenciones sobre las condiciones, las características estructurales y específicas del contexto en que viven y crecen los grupos poblacionales que determinan el nivel de salud de la comunidad (53, 54).

Finalmente, las teorías de la interculturalidad, en especial han abordado los problemas en el tema de la educación en América Latina. Sin embargo, se parte de la comprensión de estos conceptos para estudiar la interculturalidad en salud.

En América latina, desde los años 90, se ha venido dando mayor importancia a lo étnico-cultural, esto alrededor de la discriminación étnico racial, de luchar por la exclusión social y en pro de la equidad y mejoramiento de las relaciones entre grupos culturales, así la interculturalidad se ha usado en distintos contextos y discursos sociopolíticos, quedando muchas veces como un concepto algo difuso, pero se ha discutido en torno a tres perspectivas de la interculturalidad así (55).

La interculturalidad relacional, hace referencia al contacto entre culturas, que siempre ha existido en América Latina, entre los grupos indígenas, afrodescendientes, blancos y mestizos, es decir que se comparte creencias, prácticas, valores y tradiciones culturales, en especial a nivel individual. Esta perspectiva deja a un lado el entorno, en el cual se establecen las relaciones entre grupos, tales como los conflictos de poder y de dominación(56), es decir no tiene en cuenta a nivel estructural los aspectos, económicos, políticos y sociales que influyen en las relaciones desiguales entre grupos (55).

La interculturalidad funcional, está relacionada con el reconocimiento de la diversidad cultural entre grupos, buscando promover el diálogo y la convivencia, sin tener en cuenta las desigualdades sociales que subyacen tras la diferencia cultural. Este ha sido denominado “la nueva lógica multicultural del capitalismo global”, en la cual se reconoce las diferencias culturales, las cuales se integran de manera funcional a un sistema global establecido, e introduce políticas desde un nivel superior, para los grupos indígenas y afrodescendientes, alejado de pensar en la equidad social, y más bien pensando en un sentido estratégico de afianzamiento de una forma de dominación entre grupos (55).

Interculturalidad crítica, Esta es una nueva forma de pensar la interculturalidad que se encuentra en construcción, La interculturalidad es considerada como una “estrategia, acción y proceso permanente de relación y negociación”, que se construye desde un nivel inferior, es decir desde la gente. Por lo tanto, su nivel de análisis yace de lo estructural de lo “étnico-racial-colonial”, en donde existe una estructura de jerarquía y dominación de unos sobre otros y que “mantiene la inequidad, la racialización y la discriminación”. De esta forma, la interculturalidad requiere de una transformación de las estructuras sociales e institucionales, que lleve a un “accionar en diferentes instancias como el nivel político, social y educativo. También requiere de un cambio de pensamiento, que sea diferente,

orientado hacia unas condiciones de respeto e igualdad y de construcción entre todos de una sociedad diferente, en las estructuras sociales y epistémicas”. En este sentido, la interculturalidad como “un proyecto político y social”, no solo se piensa desde las poblaciones indígenas y afrodescendientes, sino con inclusión de grupos y poblaciones de todas las esferas sociales (55).

4.2. Perspectiva teórica de la interculturalidad en salud materna

En primer lugar, los elementos del modelo de equidad en el acceso a servicios de salud de Tanahashi (1978), permitieron comprender de forma integral, cómo influye a nivel macro las características del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el acceso de las mujeres gestantes a los servicios de salud de la comunidad, específicamente al programa de control prenatal. Además, fue posible identificar las barreras para el acceso y la participación en salud, desde los servicios de salud, especialmente a la E.SE municipal de Córdoba. Por último permitió identificar los resultados de la interacción de dichos elementos constitutivos del Sistema de Salud, es decir de la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y el contacto frente a barreras y recursos que tienen las mujeres de la comunidad de Males, y finalmente cómo se reflejan las barreras, en una baja cobertura de programas y estrategias, que inciden a su vez en otros problemas de salud pública en la misma comunidad.

En segundo lugar, fue pertinente tomar algunos elementos del modelo del sol naciente, que representa la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados, de Madeleine Lininger (1960), pues permitieron comprender cómo los aspectos del entorno cultural y las mismas concepciones sobre el ser humano y del proceso salud enfermedad, junto con las redes de apoyo, influyen en la práctica de los cuidados, durante la gestación, parto, pos parto y lactancia materna. Es decir, que la cultura se encuentra inmersa en la práctica de los cuidados; por lo tanto, desde las visiones y percepciones de la salud, se construyen unos patrones culturales, en gestantes, médicos ancestrales y profesionales de salud, que rigen el comportamiento en torno al accionar del cuidado y el autocuidado para la salud, desde diferentes ámbitos como los servicios, la comunidad y en la familia.

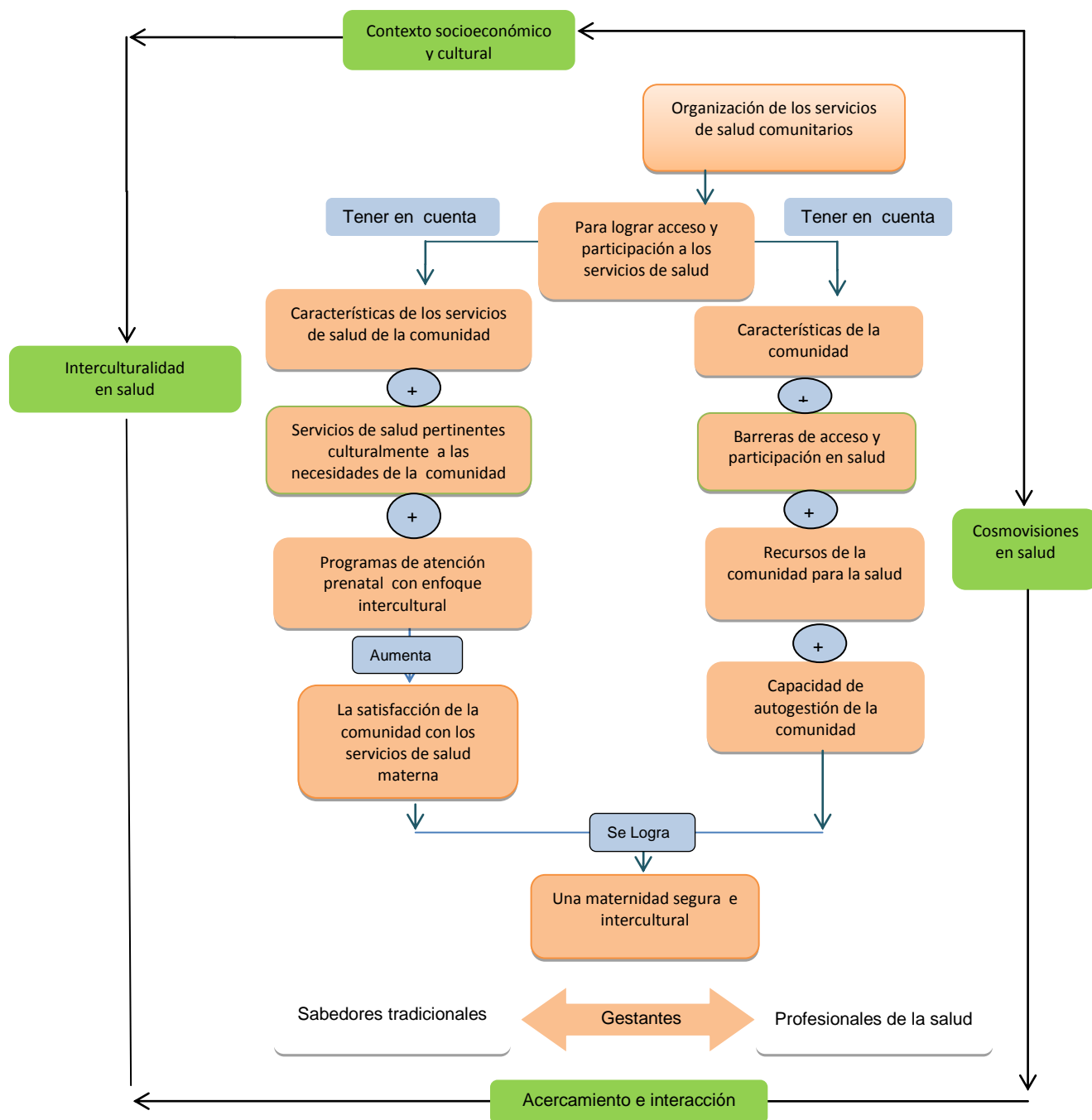
Además, fue posible identificar en el contexto sociocultural, cómo la medicina tradicional se ha legitimado en la práctica del cuidado de la salud, desde la gestación hasta la lactancia materna, y en el cuidado de los niños. Por lo tanto, las técnicas, los tratamientos y ritos utilizados en la comunidad, hacen parte de un

sistema de cuidados más holísticos, con los cuales se ha logrado mantener, preservar la salud y prevenir enfermedades maternas e infantiles en la comunidad.

Como tercero, se tuvo en cuenta los elementos de la interculturalidad crítica según Katherine Walsh (2010), en la comprensión del problema de salud pública. Dichos argumentos teóricos permitieron comprender la interculturalidad en salud, desde una posición más integral y crítica, teniendo en cuenta no solo las características culturales de la comunidad de Males, como sus creencias, valores y estilos de vida; sino que al hablar de las relaciones desiguales de poder en una estructura social, me traslada a pensar en los determinantes sociales de la salud, lo que a su vez me conduce a un análisis más amplio e integral de la interculturalidad en salud, que más allá de considerarla como una relación de interacción entre diferentes grupos y diferentes actores en una comunidad; me orienta a considerar, la interculturalidad en salud como un proceso político de discusión y construcción dialógica del desarrollo socioeconómico, entre actores, sectores y comunidad, en el cual la investigación es el fundamento de la transformación de un nuevo pensamiento para la salud pública”.

Después de una revisión teórica, que aborda la interculturalidad, el acceso a los servicios de salud y la importancia de la cultura en los cuidados a las comunidades, se presenta en la gráfica número tres, la perspectiva teórica de la interculturalidad en salud materna. Ésta entendida como una estrategia para comprender la dinámica de cada cultura y lograr integrar diferentes cosmovisiones en salud de acuerdo con el contexto social, cultural, político y económico que determina el bienestar de la comunidad Males.

Figura Nº 3. Perspectiva teórica de la interculturalidad en salud materna



Fuente. Elaboración del autor, 2016

En la presente gráfica se muestra que el contexto sociocultural, político y económico, determina la manera como se organizan los sistemas de salud y por ende la organización de los servicios de salud en las comunidades, lo que a su

vez influyen la salud de los colectivos. En este entorno, es esencial valorar las visiones y concepciones de la salud y del ser humano, además evaluar, qué se conoce y cómo se piensa la interculturalidad y el enfoque étnico en la planeación e implementación de los planes territoriales de salud pública.

Ahora bien, el acceso y participación de las gestantes y sus familias a los servicios en salud dependen no solo de la organización y las características de los servicios de salud en la comunidad, sino también de las características culturales de la comunidad, la manera de ver y concebir la salud y el ser humano. También es importante tener en cuenta, en este contexto, los recursos para la salud con que cuenta la población a nivel de servicios, familia y comunidad, y la capacidad de sus habitantes para identificar las necesidades y buscar la atención en salud de manera oportuna.

Además es importante evaluar desde las características de los servicios de salud, si existen programas y servicios con adecuación cultural, es decir pertinentes a la cultura y a las características de los habitantes de la comunidad, que permita evaluar la satisfacción de la comunidad frente a la atención en salud. Finalmente a nivel local, es necesario identificar la relación entre actores y participantes de la salud materna, partiendo de sus cosmovisiones, percepciones y concepciones sobre la salud materna, desde las diferentes voces de una comunidad, en la cual se presenta la morbi-mortalidad materna y perinatal.

5. OBJETIVOS

5.1. General

Comprender las condiciones socioculturales que facilitan y limitan el acercamiento intercultural entre las gestantes de la comunidad indígena Males y los servicios de control prenatal.

5.2. Específicos.

- Explorar la perspectiva de cosmovisión en salud materna e intercultural de las gestantes, el personal de salud y sabedores tradicionales en la comunidad de Males.
- Describir las características de los servicios de salud y la comunidad en el contexto sociocultural y económico en el cual se vive la salud materna.

- Identificar los recursos para el acceso y la participación en la salud materna que reconocen las gestantes, el personal de salud y los sabedores tradicionales.
- Analizar las barreras para el acceso y participación en salud materna que presentan las gestantes, el personal de salud y los sabedores tradicionales.

5.3. Propósito del estudio.

El propósito de la presente investigación, desde una mirada etnográfica fue proveer herramientas conceptuales necesarias que orienten a los tomadores de decisiones en la organización de servicios y la reorientación de programas y estrategias en salud sexual y reproductiva, especialmente en la línea de maternidad segura, considerando los enfoques étnico y de derechos que se contempla en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-202, desde una mirada intercultural. Lo anterior parte de la comprensión de las situaciones y realidades locales en que se presenta la mortalidad materna y perinatal, y del conocimiento del cómo y en qué momentos influyen diversos factores y condiciones en la salud de las mujeres y los niños de las comunidades indígenas.

5.4. Impacto esperado.

Se espera que los resultados de la presente investigación, en primer lugar, sean un insumo del conocimiento científico para sensibilizar a las autoridades locales sobre la importancia de intervenir en la salud de mujeres y niños de la comunidad en torno a los problemas de salud pública maternos y perinatales. En segundo lugar, se constituya en una herramienta a tener en cuenta en la planificación territorial en salud pública, como uno de los elementos de la dimensión de salud sexual y derechos sexuales y reproductivos. En tercer lugar, sea un insumo de utilidad para otras investigaciones relacionadas con el tema y como un primer paso en el acercamiento a los temas de intervenciones y modelos con enfoque de interculturalidad en la salud de los colectivos.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio.

La presente investigación se guió por la metodología de orden interpretativo-hermenéutico, pues me permitió tener una visión holística que facilitó la comprensión de la realidad humana que guía el comportamiento de las personas y las sociedades (57). Además, me permitió acercarme a la naturaleza de los hechos, me familiarice con el contexto social, cultural, los actores y la situación de la comunidad sujeto de estudio, lo que facilitó mayor comprensión analítica e interpretación de las lógicas que atraviesan y guían las acciones de las personas que viven dicha realidad social, en este caso de cómo los protagonistas del estudio experimentan y significan su realidad local, la situación de la salud materna y el papel de participación en el logro de la misma.

De esta manera, el abordaje hermenéutico permitió lograr un acercamiento a través de unas relaciones estrechas de comunicación directa en los diferentes escenarios entre los sujetos sociales y la investigadora, en el que los participantes del estudio experimentan su cotidianidad y narran sus experiencias de la realidad (53,54). De igual forma, se tuvo la oportunidad de explorar, reconocer, valorar, compartir y describir un cúmulo de conocimientos y un constructo histórico sobre las percepciones, los significados, las prácticas y las cosmovisiones en salud materna, así como compartir la vivencia de sus sentimientos y necesidades sociales relacionadas con los recursos con los que cuenta la comunidad y los limitantes, los cuales están inmersos en el acercamiento intercultural entre las gestantes y los servicios de atención prenatal.

Es importante señalar, que por el hecho de pertenecer a la comunidad, donde se realizó el estudio, se valoró mis sentimientos, perspectivas y experiencias, junto con el sentido de pertenencia étnica, sobre los procesos sociales y en salud de la comunidad, dichos aspectos estuvieron inmersos desde el interés en la escogencia del tema de estudio hasta el análisis de los mismos resultados.

6.2. Diseño Metodológico.

El diseño metodológico para la presente investigación fue la *etnografía focalizada*, en el que se tuvo en cuenta que la etnografía es una “ forma de investigación social” de tipo interpretativa, que se guía por las costumbres o características semejantes de los grupos y sociedades “como fundamento del conocimiento

antropológico” (57). Además, este tipo de etnografía se centra en el estudio de aspectos específicos de un grupo cultural y los procesos en su entorno e implica un menor tiempo y costos de estudio, en comparación a la etnografía tradicional (58).

La etnografía a diferencia de los otros métodos se orienta por el concepto de cultura y la comprensión de significados de las acciones humanas en lo actual de los hechos, que permite explorar profundamente en los fenómenos sociales y analizar las comunidades en diferentes espacios, a través de las fuentes y medios de recolección de información, resaltando a los “informantes clave” y a la “observación participante”(59).

Por lo tanto la etnografía focalizada fue pertinente para el presente estudio, puesto que me permitió centrar la atención en las situaciones de interacción entre los servicios de salud de atención prenatal, gestantes y sabedores tradicionales, al interior de la comunidad Males. De esta manera, comprendí por qué y bajo qué situaciones ocurre el comportamiento de los participantes del estudio en el contexto de la comunidad, teniendo en cuenta sus narrativas como las expresiones no verbales desde la interioridad de sus sentimientos.

Posibilitó el valorar los diferentes puntos de vista de los participantes, partiendo de las cosmovisiones en salud de cada uno de ellos para identificar patrones de interacción social, desde las creencias, las prácticas en salud y su entorno como punto central de interés.

Finalmente, como producto del trabajo de campo y del registro sistemático de toda la información recolectada, fue posible el análisis del contexto específico en su realidad social y de la situación de salud materna que afrontan en especial las mujeres de la comunidad Males, lo cual me orientó a la reflexión sobre la participación de las comunidades en el proceso salud-enfermedad y la importancia del enfoque étnico, así como el abordaje de éste a nivel local en las intervenciones en Salud Pública.

No obstante, estuve enfrentada a algunas dificultades durante el trabajo de campo (56), como la dificultad para acceder geográficamente a las viviendas de los médicos tradicionales, así como también la recopilación no oportuna de la información de los profesionales de la salud, debido a la poca disponibilidad de tiempo y motivación para participar en el estudio. Dichos inconvenientes generaron mayores costos y pérdida de tiempo en el proceso investigativo. Sin embargo, estas dificultades se afrontaron con una planeación minuciosa sobre el diseño metodológico, mediante la selección de las técnicas más apropiadas, tanto

para la recopilación de la información, como para el análisis de la misma, que incluyeron todos los aspectos a tener en cuenta en las consideraciones éticas del estudio.

Por otro lado, es importante resaltar que el consentimiento informado y las conversaciones durante las entrevistas no necesitaron de una traducción al dialecto de la comunidad, puesto que como se había mencionado anteriormente, pertenezco a la misma y el idioma que se habla en la comunidad es el español.

Finalmente, dado que ejercí como director local de salud en el mismo municipio donde se realizó el estudio, y que se pudo presentar un posible conflicto de intereses¹; previa autorización del comité de Ética, se contó con el apoyo de un auxiliar en investigación, entrenada, quien hizo el trabajo de campo, específicamente con los profesionales de salud, en el desarrollo de los consentimientos Informados, las observaciones y las entrevistas.

Para evitar problemas asociados con que la investigadora auxiliar delegara a otra persona para el momento de recolección de la información, se le realizó acompañamiento permanente, mediante una revisión del material de trabajo de campo antes y después de cada entrevista u observación, también se efectuó una retroalimentación de la información recopilada en cada momento.

Por otro lado, teniendo en cuenta los conceptos de posicionalidad y reflexibilidad en el presente estudio (60), en relación a mis experiencias de vida, existe una posición de desacuerdo frente a situaciones que se presentan en la comunidad, tales como las cargas laborales, crianza de los hijos y tareas domésticas que normalmente son asumidas por las mujeres. En este contexto, subyace la fortaleza de las mujeres para lograr encargarse del cuidado y la crianza de sus hijos, pese a las dificultades económicas y familiares. Otro aspecto importante en mi experiencia de trabajo como servidor público en la comunidad, es la existencia de múltiples problemas sociales y de salud pública, que requieren de la participación comunitaria y en especial de la motivación de las autoridades para proponer, intervenir y liderar las políticas públicas. Es aquí, en medio de estas situaciones y condiciones de las comunidades, en donde surgen sentimientos de impotencia frente a la falta de compromiso de las autoridades tradicionales y frente a las desigualdades e injusticias en diferentes niveles.

Lo anterior, se constituye en una parte fundamental dentro de mi motivación en la escogencia del tema de investigación. Resulta entonces, el querer trabajar con las

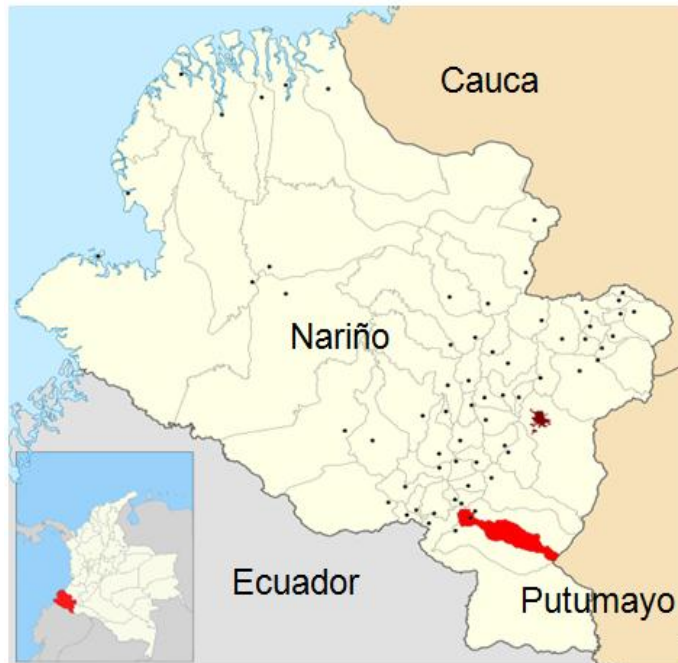
¹ El comité de ética dio su aval previamente para proceder con la investigación.

comunidades en un proyecto en el cual sea posible escuchar las voces de mujeres, actores comunitarios y sociales en torno a uno de los problemas como es la morbilidad materna y perinatal. Esto teniendo en cuenta, el querer dar valor a algo que se encuentra oculto y que no se le ha dado importancia en los procesos de salud-enfermedad. Además orientada por un sentido de búsqueda de autonomía de los pueblos indígenas y de una autonomía de las mujeres de la comunidad, frente a la dominación de clases y de género. Aspectos en los cuales como investigadora podría influir desde el liderazgo de procesos académicos, políticos y comunitarios.

6.3. Área de estudio.

El presente estudio se realizó en el contexto de la comunidad Indígena de Males del municipio de Córdoba, ubicado al sur oriente del departamento de Nariño, el cual tiene asentamientos de la etnia Pasto-Quillasinga. Dicho municipio cuenta con una población de 20.025 habitantes, de los cuales aproximadamente un 95% de su población pertenece a la comunidad indígena (61). De esta población, un 80% se encuentra en zona rural dispersa, con algunas áreas de influencia de grupos armados. La comunidad de Males limita al norte con el municipio de Puerres, por el este con el departamento del Putumayo, por el sur con el municipio de Potosí y por el oeste con el municipio de Ipiales y cercanías de la provincia del Carchi en el Ecuador.

Figura 4. Mapa ubicación Geográfica del Municipio de Córdoba en Colombia 2014



Fuente: Plan de desarrollo municipal de Córdoba 2008-2011

La organización política del resguardo de Males se orienta por el cabildo mayor como autoridad tradicional y está conformada por doce miembros en cabeza del taita o gobernador, elegidos por la misma comunidad por un periodo de un año, quienes son los encargados de concertar y ejecutar el plan de vida del resguardo, así como legislar a la comunidad.

Respecto a la economía del municipio no se ha alcanzado gran desarrollo, en general en el departamento de Nariño, habita población campesina e indígena que vive en condiciones de pobreza, dedicada al trabajo agrario con cultivos de papa, maíz, cebolla y arveja, cultivadas por labor manual y sistema tradicional desde la siembra hasta la cosecha; estos productos son comercializados en el departamento mencionado y algunos al interior del país.

La práctica de la medicina tradicional se ha mantenido vigente, gracias a la transmisión de los conocimientos por generaciones en las familias y en la comunidad, mediante la oralidad. Se han identificado inicialmente alrededor de treinta sabedores tradicionales, que se han especializado en determinados oficios, entre ellos; parteras, médicos ancestrales y sobanderos, quienes aprendieron desde la niñez y otros en la Juventud, por amor, curiosidad y necesidades en el proceso de sanar el dolor y la enfermedad; se utilizan ritos, plantas medicinales

junto con las técnicas y tratamientos propios, para la atención de pacientes de la misma comunidad y de otros pueblos aledaños.

En cuanto a la red de servicios de salud, el municipio cuenta con un hospital público de primer nivel de complejidad y una IPS de carácter indígena, presentan una distancia de una hora y dos horas al segundo y tercer nivel de complejidad respectivamente y hasta seis horas de distancia desde la zona más dispersa a la cabecera municipal (4). En la E.S.E tiene asignada una población alrededor de 14.000 habitantes para la atención de los afiliados a las EPS, en su mayoría de EMSANAR y MALLAMAS del régimen subsidiado, en los servicios de consulta externa, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, urgencias, ayudas diagnósticas de primer nivel de complejidad. Para la atención el Hospital cuenta con cinco puestos de salud ubicados en cinco veredas dispersas, entre estos uno ubicado en la zona oriental que está ubicado a una distancia en tiempo de seis o siete horas de la cabecera Municipal. En cuanto a recurso humano asistencial, cuenta con doce promotores comunitarios quienes tienen asignadas unas determinadas veredas para la demanda inducida a los programas, cuatro médicos de los cuales dos son rurales, tres enfermeras, dos odontólogas y una bacterióloga. El transporte asistencial Básico está adscrito a la E.S.E, para lo cual se tiene disponible dos ambulancias.

La IPS indígena tiene asignado alrededor de 4.000 afiliados a la EPS EMSANAR a quienes se les presta la atención solo de consulta externa de primer nivel de complejidad y algunos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para lo cual cuenta con una unidad móvil extramural y personal de salud como médico, odontólogo y bacterióloga y dos promotores comunitarios en Salud. La IPS no presta ningún tipo de atención diferencial para la comunidad indígena, es similar la atención a la de la E.S.E.

En cuanto a indicadores demográficos se encontró que en el Municipio de Córdoba, para el año 2013, cuenta con 6958 hombres y 6974 mujeres, con una relación de hombre mujer de 99 hombres por cada 100 mujeres, una relación de niño: mujer de 31 para el mismo año y para el 2020 una proyección de 29 niños de 0 a 4 años por cada 100 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años. La mayor cantidad de la población tanto del género masculino como del género femenino se concentró en las edades de 25 a 44 años, y la menor cantidad se concentró en los menores de 1 año y mayores de 80 años (4).

Tabla N° 1. Natalidad y mortalidad en el Municipio de Córdoba, durante el periodo 2005 a 2011

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa bruta mortalidad * 1000 hb	4.59	5.68	3.60	4.97	5.24	3.84	4.05
Tasa bruta de natalidad * 1000 habitantes	18.15	17.91	16.36	17.17	17.39	15.37	12.21

Fuente: ASIS Municipal, 2013

En el año 2006, se presentó un incremento de la natalidad, a una tasa de 17.91 por 1000 habitantes, pero en general hay un comportamiento a la disminución hacia los últimos años. En el mismo año también se incrementó la natalidad y durante el periodo ha tenido un comportamiento irregular (4).

Tabla N° 2. Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años, en el Municipio de Córdoba, durante el periodo 2005-2011

Lugar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nariño	2.90	2.80	2.92	2.46	2.60	2.50	2.40
Córdoba	4.20	4.16	4.33	1.47	4.53	0,0	3.19

Fuente: Asis municipal de Córdoba, 2013

En cuanto a la tasa de fecundidad general para el año 2011 fue de 44.92, la tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años, en el periodo 2005 a 2011. El mayor número de casos se presentó en el 2009 de 4,3 nacidos vivos por 1000 mujeres. Durante el periodo 2005-2007 se mantuvo una tasa del 4,29 siendo más notorio a diferencia de los últimos años, es decir 3,19 para el año 2011 y cero en el año 2010 (4).

Tabla N° 3. Tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años, en el Municipio de Córdoba, durante el periodo 2005- 2011

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nariño	73.48	72.84	73.80	64.82	67.11	69.90	57.84
Córdoba	59.20	98.57	69.40	82.55	74.42	82.43	64.18

Fuente: Asis municipal de Córdoba, 2013

En el municipio durante el periodo 2011 a 2014 se ha presentado un aumento en la tasa de mortalidad fetal, alcanzando para el año 2014 176 muertes fetales por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla N° 4. Tasa de mortalidad fetal, en el Municipio de Córdoba, durante el periodo 2011 a 2014

Año	2011	2012	2013	2014
Córdoba	13,13	54	68,7	176

Fuente: Informe indicadores infancia y adolescencia de Córdoba, 2015

La mortalidad materna en comparación al periodo 2005-2011 ha disminuido notoriamente, solo se presentó una razón de 213 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2014.

Tabla N° 5. Razón de la mortalidad materna, en el Municipio de Córdoba, durante el periodo 2011 a 2015

Año	2011	2012	2013	2014	2015
Córdoba	0,00	0,00	0,00	213, 7	0,00

Fuente: Informe indicadores infancia y adolescencia de Córdoba, 2015

6.4. Población participante.

Teniendo en cuenta la revisión de algunas investigaciones realizadas en Colombia similares al contexto al cual se dirigió la investigación y orientado a cumplir con los objetivos de ésta, (17, 28) se seleccionó a los participantes del estudio mediante un muestreo por conveniencia, con el fin de obtener la mejor información en el menor tiempo posible de acuerdo al contexto y las características en las que habitan los sujetos de estudio. De esta manera, la muestra estuvo sujeta a los hallazgos y a los criterios de “representatividad cualitativa” acorde con los objetivos del estudio. Es decir que fue fundamental para el estudio elegir a los participantes, fuentes, lugares, momentos y condiciones adecuadas para el acceso y facilidad del registro de la información, y el enriquecimiento del conocimiento a través de la saturación de discursos de cada persona (57).

Por lo anterior, fueron seleccionados por conveniencia 12 informantes clave; dos (2) médicos profesionales, una (1) médica tradicional y una (1) partera, ocho (8)

gestantes (dos primíparas y dos multíparas) fueron seleccionadas inicialmente para el desarrollo de las entrevistas, luego fueron seleccionadas otras cuatro para el desarrollo de las observaciones, antes y durante la atención prenatal en la E.S.E.

Los criterios de inclusión que se consideraron pertinentes y se tuvieron en cuenta para la selección de los participantes fueron:

- Gestantes residentes y pertenecientes a la comunidad de Males.
- Médico tradicional y partera pertenecientes a la comunidad de Males.
- Profesionales de la salud (médico(a) y enfermera(o)) que llevaran más de un mes laborando en la comunidad.

Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Gestantes menores de edad.
- Grávidas con edad gestacional mayor a la semana 38.

Con la respectiva autorización del gerente de la E.S.E San Bartolomé, se dispuso del listado del personal asistencial que labora en la institución y del registro de control prenatal actualizado para la selección de las gestantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión antes mencionados. Después de la selección, con la ayuda de la auxiliar de investigación se contactó en varias ocasiones de manera telefónica y personal a cada uno de los participantes, a quienes se les invitó a un encuentro con el fin de presentarles la investigación para que su decisión de cooperar en la misma fuese libre y voluntaria según la información recibida. Además se solicitó el cronograma de talleres del curso de preparación para la maternidad, de donde se escogieron las fechas para hacer el acompañamiento y la observación en dos momentos claves.

Así mismo, con previa autorización del operador del programa FAMI del ICBF, se dispusieron de los listados de mujeres usuarias FAMI. La información suministrada permitió la actualización del registro de gestantes a nivel municipal, identificando a su vez las cuatro (4) gestantes para la observación durante la atención prenatal en los servicios de salud. También se especificaron los dos momentos claves para efectuar las observaciones grupales.

Mediante la información de una promotora en salud, se logró identificar a dos sabedores tradicionales reconocidos por la comunidad por su experiencia y

trayectoria. Una de ellos médica tradicional conviviente cercana al casco urbano, y la otra, una partera residente de vereda lejana al centro municipal.

Finalmente se tuvo la oportunidad de acompañar durante cinco capacitaciones programadas en la cabecera municipal, a médicos tradicionales para la profundización de sus saberes ancestrales a cargo de un homónimo con un nivel mayor de experiencia. El promedio asistencial fue de 25 participantes.

6.5. Definición de categorías de análisis.

Se vio la necesidad de definir unas categorías y subcategorías preliminares, teniendo en cuenta la perspectiva teórica de la interculturalidad en salud y las conceptualizaciones más relevantes de la revisión documental relacionada con el tema. Estas categorías se emplearon como criterios preestablecidos macro para orientar en primer lugar la recolección de la información, tanto en la observación participante como en la aplicación de entrevistas semiestructuradas. En segundo lugar fueron criterios claves durante el proceso de análisis sistemático de la información, pues a partir de esto se fueron sustentando dichas categorías conceptuales para descubrir otras que emergieron y clarificar los significados (ver tabla número 2).

Tabla 6. Descripción de categorías definidas

Categorías	Subcategorías.
Cosmovisión en salud Percepción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cosmovisión/percepción en salud • Cosmovisión/percepción de la maternidad • Cosmovisión/Percepción de los servicios de salud.
Acercamiento intercultural	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre profesionales de la salud y sabedores tradicionales • Relación entre sabedores tradicionales y gestantes. • Reconocimiento de la medicina tradicional • Participación social en Políticas y planes locales de salud concertados. • Interacción de la gestante con los servicios de salud y los programas

sociales.	
Atención en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de recursos, programas y servicios de control prenatal • Accesibilidad en distancia, tiempo y recursos del bolsillo • Calidad del control prenatal • Relación médico- paciente. • Respeto por los derechos del paciente. • Satisfacción de necesidades del paciente.
Recursos y barreras en salud materna	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos y barreras de la comunidad • Recursos y barreras de los servicios de salud • Recursos familiares.

Fuente: Elaboración del estudio, 2016

Podemos ver en la tabla número uno que las categorías a) cosmovisión, b) acercamiento intercultural, y c) recursos y barreras en la salud materna fueron las categorías definidas preliminarmente. Una de las categorías que surgió después fue la de atención en salud y la de percepción de la salud, las cual están marcada con negrita. Las subcategorías; a) cosmovisión/percepción de los servicios, b) cosmovisión/percepción de la maternidad, c) interacción de la gestante con los servicios y programas, d) relación médico-paciente, e) participación social en planes y políticas concertados y f) satisfacción de las necesidades del paciente; fueron las subcategorías que emergieron posterior en el proceso de análisis de los resultados.

Se tuvo en cuenta las siguientes conceptualizaciones de las categorías principales que orientaron el estudio.

Cosmovisión en salud: Según Dilthey, (1954) la cosmovisión es la visión del mundo en el cual el hombre actúa, las cosmovisiones no son meramente productos del pensamiento, sino que están relacionadas con las experiencias de vida del ser humano, e influenciadas por la cultura y otros factores importantes de la historia de las comunidades (62).

Por lo tanto la cosmovisión en salud para mí, es un conjunto de conocimientos y prácticas en torno a la salud y el bienestar que provienen de una forma de ver y concebir la el mundo en relación a la concepción de los temas de salud-

enfermedad, muerte y dolor, nociones elaboradas conceptualmente como resultado del pensamiento en torno a la salud en una etapa histórica y de las vivencias de una determinada cultura. Aunque existen diversos procesos del desarrollo del proceso salud-enfermedad en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión en común, que entiende la salud de una manera más holística, entorno a un equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales, entre seres humanos y comunidades.

Acercamiento intercultural: Se considera como un tipo de estrategia, necesaria para comprender las relaciones en salud entre una o más culturas de una comunidad, partiendo del reconocimiento y de los procesos históricos de las cosmovisiones del proceso salud-enfermedad

Servicios de salud: son un conjunto de políticas y recursos destinados a promover, prevenir, recuperar y mantener la salud de una población de manera individual y colectiva.

Recursos y barreras en la salud materna como un conjunto de medios y elementos que pueden estar presentes o ausentes en las comunidades para resolver las necesidades en salud, de igual forma que pueden influir en su estado de salud y calidad de vida de las personas y un colectivo.

6.6. Recolección de la información.

En el presente estudio etnográfico, las técnicas para la recolección de la información fueron la observación a los participantes y la entrevista semiestructurada, lo cual implicó tener en cuenta varios criterios que permitieron cumplir con los objetivos del estudio, puesto que se construyeron desde los actores y los escenarios culturales, estructurándose sobre la base de las observaciones y descripciones continuas de las actividades cotidianas de los participantes (57).

En primer lugar, la observación facilitó el acercamiento entre el investigador y los informantes claves para la recolección de la información de modo sistemático y no coercitivo, sobre una visión más amplia y detallada del fenómeno desde una mirada externa e interna, descubriendo creencias, prácticas, sentidos y perspectivas en la construcción de sus realidades (54).

En este sentido, durante 12 semanas desde la inmersión inicial al campo, se escogió los escenarios y momentos propicios para la recolección de datos por medio de la observación, contacto y conversación en la vida cotidiana de los participantes, especialmente de las gestantes durante y después de las actividades grupales en un tiempo de seis horas por semana así:

- Observación de la participación y la interacción de la gestante con otras gestantes y con los profesionales de la salud, durante dos reuniones del curso de preparación para la maternidad.
- Observación de la participación y la interacción de las gestantes con otras gestantes y otras personas que participaban en el lugar, durante dos reuniones del programa mujer infancia y familia (FAMI).
- En seis momentos de interacción de cuatro gestantes con el personal administrativo y asistencial antes y después de la atención del control prenatal en la E.S.E.
- Además, tuve la oportunidad de realizar observaciones a médicos, parteras y sobanderos de la comunidad, en cinco reuniones de capacitación sobre enfermedades más comunes y sus tratamientos, antes, durante y después de las cesiones educativas. Fue posible observar y percibir en algunos sentimientos de desconfianza, en otras motivaciones, al final de los talleres se realizaron algunos rituales curativos a niños y adultos. Aunque se permitió observar y participar estos rituales, evité tomar fotografías por respeto a la privacidad e intimidad de los pacientes y los médicos ancestrales.

Dichas capacitaciones, fueron dictadas por una médica ancestral experta en medicina tradicional y perteneciente a otra comunidad aledaña. Las reuniones fueron parte de un proyecto de caracterización y sensibilización a sabedores tradicionales, la cual se había planeado desde el año 2012 y solo hasta el año 2015 fue posible ejecutarlo. Dicho proyecto a cargo de la alcaldía Municipal y una fundación contratista, con el objetivo de dar inicio a un proceso de sensibilización a sabedores ancestrales como agentes comunitarios que pudieran estar más en contacto con las instituciones de salud. Estas acciones se articularon con el Instituto Departamental de Salud, en el desarrollo del eje de promoción social del plan territorial de salud. Estas reuniones fueron programadas en diferentes veredas, en el casco urbano y la zona oriental, que es un corregimiento de

distancia de 6 horas de la cabecera municipal, a esta zona también se realizó el desplazamiento y la observación del contexto.

Durante todo el trabajo de campo se recolectó la información, cronológicamente, en un instrumento de observación estructurada (ver anexo número 1). Se emplearon las herramientas de apoyo como la grabadora periodística y la cámara fotográfica para el registro de imágenes, expresiones y de las entrevistas con previa autorización de cada uno de los participantes, para ello se ocultó los rostros, se mantuvo la confidencialidad de los datos recopilados, mediante la asignación de códigos y seudónimos a cada uno de los participantes del estudio.

En segundo lugar, las entrevistas semiestructuradas permitieron establecer una relación más estrecha con los participantes, profundizando en temas de interés con mayor libertad de expresión (63).

Durante 16 semanas simultáneas a la observación, se entrevistaron a los participantes en dos sesiones durante un tiempo aproximado de 40 a 60 minutos cada una, teniendo en cuenta constatar lo observado frente a lo manifestado, recopilando información necesaria de sus vivencias y manifestaciones de manera libre y espontánea. Las entrevistas por participantes se realizaron así:

- Cuatro entrevistas con gestantes (dos multiparas y dos primíparas).
- Dos entrevistas con médicos tradicionales (una médica y una partera).
- Dos entrevistas con 2 médicos profesionales

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en el domicilio de los participantes, previo acuerdo del lugar y la hora, garantizando comodidad y privacidad a los mismos. Por facilidad de alguno de los participantes, se coordinó el transporte de los participantes al lugar de las reuniones previstas.

6.7. Plan de análisis.

El análisis de la información recolectada se desarrolló a través de la transformación de los datos obtenidos, con el objetivo de precisar una relación más concreta entre la teoría ya existente y la práctica, obteniéndose como resultado una visión más completa de la realidad estudiada (57). En la etnografía el análisis de la información se efectuó simultáneamente a su recolección. Ésta última se obtuvo a través de las observaciones y la realización de entrevistas mediante la construcción inductiva y deductiva de conceptos, que posibilitaron clasificar los datos recogidos en unidades de contenido o temáticas comunes.

La técnica de análisis de contenido, permitió clasificar y/o codificar temas y conceptos de un contenido en categorías con el fin de facilitar la interpretación de la realidad social (64, 65). Por lo tanto, los contenidos se clasificaron, conceptualizaron, reagruparon y organizaron en categorías, para conectar los resultados a un cuerpo más grande de conocimiento, con el objetivo de darles sentido e interpretarlos, hallando tendencias o patrones de comportamiento social (53). Para lo cual se describe los principales pasos y consideraciones que se tuvieron en cuenta así:

- Inmersión al campo de Investigación para la recolección de la información, la cual se organizó y se clasificó y se fue transcribiendo por cada uno de los instrumentos de recolección.
- Se usó el software atlas Ti.6.2, con lo cual se creó una unidad hermenéutica con cuatro familias denominadas; gestantes, profesionales, sabedores e interacción, esto con el fin de facilitar el manejo de la información, mediante la codificación y la organización de mapas conceptuales, lo cual permitió obtener un conjunto de conceptos más estructurados(58).
- Se leyó repetidamente los textos de las notas de campo y las entrevistas, a medida que se leyó, se trató de detectar los temas que surgían y se empezó asignar códigos.
- Teniendo en cuenta las áreas temáticas identificados y codificadas, en la lectura del primer material recopilado, se empezó a relacionar temas comunes y a alimentar las categorías preliminares de forma deductiva, luego con aquellos temas comunes que fueron surgiendo, se fueron construyeron nuevas categorías de manera inductiva.
- Después del primer análisis, se revisó la necesidad de profundizar sobre algunos temas, para lo cual se programó una segunda cesión de entrevista con los participantes.
- Con la información necesaria, se exploró nuevamente por cada área temática, presentando la información en detalle por cada categoría identificada en la inmersión profunda en cada contenido, es decir se realizó un análisis deductivo respondiendo a las categorías consideradas en la revisión teórica del problema. Posteriormente, desde un análisis inductivo,

se reagruparon los enunciados repetidos o comunes como categorías emergentes, revisando que tuvieran coherencia lógica interna.

- Posteriormente se redujo el volumen de la información a los puntos más importantes, facilitando la inferencia de los conceptos principales que dieran respuesta a cada uno de los objetivos propuestos en la investigación. En cada paso, se buscó el significado de los sentimientos, pensamientos y comportamientos.
- Finalmente se hizo una interpretación global de los resultados, analizando cómo se relacionan entre sí las áreas temáticas, estableciendo coherencia y comparación entre las diferentes perspectivas de los participantes, y buscando explicar cómo la red de conceptos responde a las preguntas del estudio.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La ética en la presente investigación cualitativa se asumió estableciendo límites, criterios, principios y responsabilidades en cada una de las acciones realizadas por el investigador. Ésta entendida como “un saber que reflexiona sobre las acciones reguladoras de los comportamientos sociales y del ejercicio de la voluntad individual”, que permite la comprensión de los diferentes sistemas de valores y lleva a pensar en normas, pautas de comportamiento y racionalidades en las interacciones humanas (57).

Además, se tuvo en cuenta que según las normas internacionales CIOMS, la declaración de Helsinki de 2008 y la resolución 8430 de 1993, la investigación en comunidades considera unos criterios éticos que se deben aplicar. En este sentido, en el presente estudio, se consideró un riesgo mínimo, porque en el desarrollo del mismo si bien se tuvo contacto con una población vulnerable, como lo son las gestantes, no se les realizó ningún tipo de examen clínico o procedimiento médico.

También, fue esencial en el proceso de la investigación garantizar la participación informada, libre y voluntaria de los participantes, con previa autorización de los mismos, mediante la firma del consentimiento informado, además del permiso de

la autoridad de la comunidad, y de las entidades participantes (66). Dicho consentimiento informado se adecuó a las características de los participantes y el nivel de riesgo antes mencionado.

De acuerdo con lo anterior, se informó mediante un primer encuentro de sensibilización con cada uno de los participantes, sobre objetivos, procedimientos, duración, riesgos, beneficios y utilidad de los resultados del estudio. De igual forma, se dispuso de lo necesario en la organización de los espacios y ambientes que facilitaron la comodidad de los mismos para el momento de las entrevistas y en los casos que fue necesario, se facilitó el transporte y la alimentación para que no incurrieran en gastos.

A pesar que no se presentó ningún caso que ameritó seguimientos, se tuvo en cuenta que las gestantes, podían estar expuestas a situaciones de riesgos como el desdén de la materna con su bebé, algún tipo de maltrato por parte del profesional de la salud, maltrato a la mujer por parte de su pareja, o algún tipo de dificultad por déficit de apoyo familiar. Para minimizar dichos riesgos, se dispuso del acompañamiento de una trabajadora social de la comunidad y de una ruta de atención, (ver anexo 8).

De igual forma, se aseguró de garantizar la confidencialidad y el anonimato de la información de la “vida privada” a que tienen derecho los informantes durante y después del desarrollo del proceso investigativo, mediante el uso de códigos de identificación en el registro y análisis de los datos (57). Es decir, el nombre de los participantes no aparece en ningún documento, así mismo, durante el proceso se mantuvo la confidencialidad de las fotografías y las grabaciones de audio y video, mediante el ocultamiento del rostro, custodia del material audiovisual recopilado y de toda la información en un lugar seguro bajo llave a cargo del investigador principal. Además, se usó códigos durante el análisis y seudónimos por cada uno de los participantes en la descripción de los resultados.

Es importante, resaltar que el consentimiento informado y las conversaciones durante las entrevistas, no necesitaron de traducción al dialecto de la comunidad, puesto que el idioma que se habla es el español.

Por otra parte, ante la posibilidad de un conflicto de intereses, por mi ejercicio como Directora local de salud del mismo Municipio en el cual se realizó el estudio, se dispuso del apoyo de una auxiliar de investigación en el trabajo de campo, quien previamente fue entrenada, realizó los consentimientos informados y las entrevistas a los profesionales de la salud, las observaciones durante la

interacción de las gestantes en el curso psicoprofiláctico y durante la atención del control prenatal en la E.S.E.

Para controlar la calidad de recolección de la información por parte de la auxiliar, además se le hizo acompañamiento antes y después de cada momento de observación y entrevista, en el momento de la entrega y devolución tanto de los instrumentos y equipos, como de la información recopilada, para lo cual se hizo preguntas y un proceso de retroalimentación de los contenidos de las entrevistas y las observaciones efectuadas.

8. RESULTADOS

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos a partir de las observaciones a cuatro (4) mujeres embarazadas durante la atención del control prenatal en la E.S.E y de la mirada en el contexto en el que interactuaron los participantes en diferentes escenarios y momentos. También se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a un médica tradicional y una partera, a cuatro embarazadas y dos médicos profesionales; con la finalidad de comprender las condiciones socioculturales que facilitan y limitan el acercamiento intercultural, entre las gestantes de la comunidad indígena de Males y el programa de control prenatal ofertado.

En primera instancia se hace una descripción de las características de cada una de las mujeres entrevistadas y una caracterización de los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes de la investigación. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos por cada una de las categorías de análisis definidas, que respondieron a cada uno de los objetivos.

8.1. Características de los participantes

A manera de presentación de resultados, se describe a continuación, brevemente el perfil de las mujeres participantes, con el fin de conocer de sus experiencias de vida en relación con el propósito de la investigación.

Ana Julia

Es una mujer de 25 años de edad, vive en la vereda Santander, convive con la pareja en una vivienda arrendada, estudió hasta el noveno grado de bachillerato,

en el momento se dedica a las actividades del hogar y de la agricultura como una fuente principal de ingresos económicos de la familia. Es la primera experiencia de embarazo, el cuál no fue planeado, pero en el momento es deseado, asiste a los controles prenatales a la E.S.E; en el primer control prenatal, en su historia clínica, fue clasificada como de alto riesgo obstétrico debido a que se le había formulado un desparasitante durante las primeras semanas del embarazo. Además, simultáneamente acude a revisión prenatal con una médica tradicional de la comunidad. Asiste al curso psicoprofiláctico en la E.S.E y también, se encuentra inscrita al programa familia mujer e infancia FAMI en la misma vereda donde reside. Su estado de salud en general es bueno, a veces ha sentido dolor abdominal leve sin complicaciones, a nivel emocional se denota que se encuentra bien anímicamente, se observa como una mujer alegre y segura, quien siente el apoyo de su pareja, por lo cual también su esposo acudió a las sesiones de entrevista programadas. En algún momento se mostró preocupada por la salud a del hijo a futuro, debido a la ingesta del desparasitante.

Carmen

Es una mujer de 27 años de edad, vive en la vereda Tequiz, no convive con la pareja, pero si con los padres, la hermana y un sobrino, estudió una tecnología en explotación agropecuaria en el SENA, pero no le ha sido posible encontrar una oportunidad laboral, por lo cual, se dedica a las actividades de la agricultura y cría de especies menores, esto, como una fuente principal de ingresos económicos para la familia. Es el primer embarazo, no planeado, pero en el momento es deseado. Se encontraba asistiendo a los controles prenatales en la E.S.E; allí fue clasificada como de bajo riesgo obstétrico, teniendo en cuenta que no presentaba ninguna enfermedad o complicación en salud, en el momento. Además, simultáneamente se encontraba en revisión con dos médicas tradicionales y una partera, estas, de diferentes veredas cercanas a la vereda donde vive Carmen. También, asistió algunas reuniones del curso psicoprofiláctico, pero por la lejanía dejo de asistir. Su estado de salud en general ha sido regular, debido al dolor abdominal y molestias durante el embarazo, aunque no ha tenido complicaciones que hayan requerido hospitalización, esto ha generado que a nivel emocional se sienta desanimada y a la vez inconforme con la atención recibido en la E.S.E para el manejo de su dolor. A pesar de su estado emocional y de salud, se siente alegre y espera que su hijo nazca pronto, también se siente apoyada por su familia, especialmente por su mamá y hermana.

María

Es una mujer de 22 años de edad, vive en la vereda Yungachala hace 1 año, convive con su pareja en vivienda propia, estudió hasta el décimo grado del bachillerato, se dedican a las actividades de la agricultura y a la cría de especies menores, como principal fuente de ingresos económicos. Es el segundo embarazo, el cual no fue planeado, pero en el momento es deseado, el primero hijo nació hace un año. Asiste a los controles prenatales en la E.S.E, allí en la primera consulta fue clasificada como de bajo riesgo obstétrico, por no presentar ninguna enfermedad o posible complicación en su salud. No asiste donde ninguna partera porque se ha sentido bien y no lo ha visto necesario, aunque en el primer hijo si recurrió a una de ellas. No asiste al curso psicoprofiláctico en la E.S.E, por falta de tiempo y lejanía, pero asiste a las reuniones del programa FAMI que se programan en la misma Vereda donde reside. Su estado de salud en general es bueno, a nivel emocional se denota un poco tímida al momento de la primera entrevista, pero se encuentra bien anímicamente, alegre y siente el apoyo de los miembros de su familia y de la familia de su esposo.

Lidia

Es una mujer de 24 años de edad, vive en la vereda Salado con la pareja y el primer hijo, Estudió hasta el grado décimo del bachillerato, se dedica a las actividades de venta en tienda propia y a la agricultura, como principal fuente de ingresos económicos. Es su segundo embarazo, el cual fue planeado; el primer embarazo fue a los 16 años de edad, por lo cual dejó sus estudios. Asiste al control prenatal en la E.S.E donde fue clasificada como bajo riesgo obstétrico, debido a que no presentaba ninguna enfermedad o posible complicación a futuro. También, de forma simultánea, acude a revisión prenatal con tres parteras de diferentes veredas cercanas al lugar donde reside. No asiste al curso psicoprofiláctico de la E.S.E porque no le informaron de este, pero se encuentra asistiendo a las reuniones del programa FAMI, en una vereda distante al lugar donde vive. Su estado de salud en general es bueno, a nivel emocional se denota como una mujer muy segura de sí mismo, alegre por la espera de su segundo hijo, y motivada a participar del estudio. Se siente apoyada incondicionalmente por su familia y su esposo.

Para conocer sobre los demás participantes del estudio, a continuación se presenta una tabla, que permite apreciar de manera resumida los datos sociodemográficos de cada uno de ellos. Para lo cual, más adelante se harán

referencia a la voz de los participantes, según los nombres asignados en la siguiente tabla. Es decir, según el pseudónimo asignado a cada uno.

Tabla 7. Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Estrato	N° Hijos	EPS	Ocupación
Ana Julia	25	Noveno	Casada	0	0	Mallamas	Ama de casa
Carmen	27	Tecnólogo	Unión Libre	0	0	Emsanar	Ama de casa
María	22	Décimo	Casada	0	1	Mallamas	Ama de casa
Lidia	24	Decimo	Unión libre	0	1	Emsanar	Ama de casa
Dora	34	Tecnológico	Casada	1	0	Emsanar	Ama de casa
Rosa	18	Decimo	Soltera	1	0	Mallamas	Ama de casa
Marcela	33	Técnico	Casada	0	1	Emsanar	Ama de casa
Gaby	19	Bachillerato	Soltera	0	0	Emsanar	Ama de casa
Flor	65	Tercero Primaria	Casada	0	6	Mallamas	Partera
Mary	57	Octavo	Soltera	0	1	Mallamas	Médica tradicional
Omar	25	Profesional	Soltero	2	0	Nueva EPS	Médico
José	32	Profesional	Soltero	2	0	Saludcoop	Médico

8.2. Perspectiva de cosmovisión en salud materna e intercultural

Con respecto a lo que se comprende sobre la salud desde la observación y las narrativas de los participantes, incluyéndose además la manera de ver y concebir el mundo en relación al concepto de salud-enfermedad y bienestar, se analizaron tres puntos. A. Cosmovisión en salud. B. Cosmovisiones de la maternidad y C. Cosmovisión de los servicios de salud. A continuación se presentan algunas apreciaciones que evidencian sus representaciones.

8.2.1 Cosmovisión de la salud

Desde la perspectiva de los médicos profesionales, se concibe la salud como el bienestar integral y biopsicosocial del ser humano, por lo cual no se puede hablar de un bienestar completo si las personas no se encuentran bien de salud. *“La salud es para mí una integralidad en el bienestar físico, emocional y biopsicosocial de la persona... no se podría hablar de un bienestar completo sino se está bien de salud”* (Omar, 25 años). Es por esto, que se ha tratado desde los servicios de salud brindar una atención integral,

mediante el seguimiento y canalización de los pacientes a los diferentes programas incluyendo el programa de control prenatal.

Desde la perspectiva de las médicas tradicionales, se considera que para la persona además de estar bien física y emocionalmente, es relevante la armonía espiritual como un elemento necesario para la prevención y el tratamiento de las enfermedades, mediante el uso de los dos tipos de medicina natural o química. *“La salud es estar bien, en el estado de ánimo para poder hacer todas las actividades, porque si no estamos alentados, pues la salud para mi es así, el cuerpo, estar previniendo las enfermedades, para estar bien que no nos coja desprevenidos, estar asistiendo tanto con nuestra medicina natural o con lo químico, estar pendiente con nuestro cuerpo pues... Les digo a mis pacientes primero hágase curar de espanto, sáquele los males espirituales, es que es importante la espiritualidad”* (Mary 57 años). En este sentido para la medicina tradicional es esencial establecer un compromiso previo basado en la confianza mutua entre el médico ancestral- paciente, en el poder curativo de las plantas medicinales, la virtud de quien la práctica y el poder de Dios quien provee todo. *“La gente ha regado la propaganda y me buscan... dicen que me cure doña María... usted ha curado a tal persona, allí ya no me puedo negar, entonces yo les digo primero la fe a Dios, luego en las plantas y luego en la persona que cura, si es así me comprometo, si no se puede les digo (risa)”*. (Mary, 57 años). También se relaciona, la cosmovisión en salud, con la virtud de algunos hombres y mujeres de la comunidad para practicar la medicina ancestral, aprendida por curiosidad, por amor o vocación, por necesidad y por herencia de los antepasados, la cual ha sido transmitida mediante la oralidad. *“A mí me gustaba saber desde que yo era pequeña, sabía pues, mi mamá atendió a una señorita que tuvo dos niñitos, entonces de allí le decía a la mamita yo también me voy hacer partera porque yo miraba no... y así desde los 15 años salí a la vereda... mis dos hijas las atendí yo... la primera y la tercera... la última vez que atendí fue a mi hija, Gloria se llama, ahí la atendí en la casa... ya no atiando partos... hacerse acomodar sí a las embarazadas que vienen”* (Flor, 65 años).

Desde otra perspectiva, las embarazadas por su parte, privilegian una cosmovisión en salud como un bienestar necesario físico y emocional, como un todo que permite hacer las cosas del diario vivir. *“La salud es todo, porque con salud se puede hacer las cosas, la salud es importante, desde que él bebe salga bien, no importa lo que sea... porque una enfermedad es difícil”* (Lidia, 25 años). También la percepción de la salud, se relaciona con el temor a la enfermedad durante el embarazo, pues es una situación difícil de llevar en la familia y de enfrentar, por lo cual el papel del médico se convierte en esencial dentro la comunidad, para establecer el estado de la salud de los miembros de la familia. *“Para mí la salud es lo que los médicos nos atienden nos revisan, ellos nos dicen si estamos bien, si estamos mal... así es mejor porque uno sabe que*

está... si está bien o si de pronto uno está enfermo... la salud también sería física y sentimental y ambas son importantes” (María, 22 años).

8.2.2. Cosmovisión de la Maternidad

La cosmovisión de la maternidad para los médicos profesionales, se vincula con la llegada de una etapa difícil para la embarazada, etapa en la cual la mujer se vuelve más susceptible a diferentes riesgos para su salud, pues afronta cambios en el estado de ánimo, en la relación con los demás y en el estilo de vida misma, por esto requiere de mucho apoyo familiar, y de la orientación psicosocial desde los servicios de salud orientados a buscar el bienestar de la madre y el hijo. *“Se les explica que es importante ir por psicología porque es un cambio que trae nuevas cosas, cambio de estado de ánimo, relación con las familias y las personas, a veces no las entendemos, lloran fácilmente, tienen muchas náuseas y necesitamos psicología para eso, no porque están mal, sino porque es un cambio de estilo de vida, no pueden salir a pasear como antes, andar en moto... es el conjunto de acciones que se deben realizar en el proceso de gestación en busca del bienestar de madre hijo y del producto al final del embarazo, es la maternidad segura” (José, 32 años)*

Desde otra perspectiva, los médicos tradicionales conciben la maternidad como la razón de ser de la mujer y de realizarse como madre. Ésta también se piensa como un periodo en el que se asumen cambios con respecto al curso normal de la vida, los cuales están centrados en aceptar grandes responsabilidades y procurar cuidados especiales desde el primer momento de una relación de pareja hasta el pos parto. *“Como le digo la maternidad fue muy bonito como se dice; primeramente realizarse como mujer, realizarse como madre si y desde que uno tiene ahí sí dijo el vínculo, el ánimo de tener un hijo, es ser responsable en todo sentido y tener sus cuidados desde el primer momento que tiene su relación (Mary, 57 años)* En este sentido, uno de los aspectos importantes que se resalta tiene que ver con la percepción de la médica tradicional sobre un cambio de pensamiento que ha sufrido la población joven de la comunidad con el pasar del tiempo, encontrando que en la actualidad existen padres y madres modernos, quienes tienen una forma diferente de vivenciar la maternidad y quienes además han perdido la credibilidad, no sólo en la medicina ancestral, sino también en las prácticas y costumbres para el cuidado de la salud de la mujer y los hijos en la familia. *“La juventud más que todo, ya no es como antes, como le digo en la dieta no se cuidan, ni medio tienen el guagua y ya se levantan, ya no creen en la comadrona, se van directamente al médico, eso no lo desconozco “(Mary, 57 años).*

La maternidad para las mujeres embarazadas se concibe como una experiencia única de vida, basada en asumir una responsabilidad sobre la vida de otra persona. *“El embarazo para mí no es una enfermedad, es algo muy bonito, algo bien hermoso, sé que soy responsable de otra vida que debo cuidar”* (Lidia, 25 años) Es una etapa que implica cambios como la pérdida de la libertad, nuevas preocupaciones y una razón para seguir luchando a nivel laboral, además suelen expresarse sentimientos de ambivalencia entre el dolor y momentos de depresión que le trae la maternidad, a la par de la alegría por la espera de un nuevo hijo. *“Es bonito porque uno ya comienza a sentir al bebe, las pataditas, y todo es bonito, pero al mismo tiempo también es como no sé, me da como un aburrimiento, un cansancio, no digo del bebe si no del estado... no quiero que me hablen. He tenido muchos cambios ya no tengo tanta libertad, uno ya se preocupa más por él bebe, con la llegada del bebe me da más fuerzas para trabajar para luchar, por el momento no puedo trabajar, pero que tenga la edad el niño, ya se puede, a pesar del malestar uno siente emoción, alegría y si no me hubiera dado ningún malestar fuera más feliz, porque uno con los dolores se deprime”* (Carmen, 27 años). El estado de embarazo para una de las embarazadas múltipara, trae consigo cambios físicos y emocionales, siendo éstos más notorios en el primer embarazo a diferencia del actual embarazo, el cual se percibe como una vivencia diferente y en el cual se procura mayores cuidados, además el temor a lo desconocido ha disminuido gracias a lo aprendido en la primera experiencia, en especial en el parto y los cuidados del periodo gestacional. *“En el anterior embarazo como era primer embarazo no sabía, cómo era muy muchacha tenía 17 años, era algo nuevo para mí y ya no sabía qué hacer, y pensaba que mis cosas que quería hacer todo se quedaba atrás, no fue un embarazo por accidente, si no que las cosas pasaron y ya, la experiencia me ha enseñado a cuidarme más”* (Lidia, 25 años).

8.2.3 Cosmovisión de los servicios de salud

Desde las narrativas de los médicos profesionales, la cosmovisión de los servicios de salud se relaciona con las apreciaciones sobre el programa de control prenatal, éste dado como un lineamiento a nivel nacional y el cual las instituciones de salud están obligadas a cumplir. Por esta razón la E.S.E ha encaminado las estrategias hacia la detección de los factores de riesgo en salud y al seguimiento de los pacientes, a fin de evitar complicaciones de la madre y del recién nacido. *“El programa de control prenatal es un programa dado a nivel Nacional, acá por el Instituto de salud, en el cual se busca hacer un seguimiento de la madre y el feto durante los nueve meses de gestación, con el fin de lograr detectar algún tipo de alteración o algún tipo de riesgo que se pueda presentar, con el fin de mejorar la salud de la madre y el recién nacido”* (José, 32 años). Teniendo en cuenta lo anterior, la E.S.E asume la responsabilidad que tiene frente al cumplimiento del programa de control prenatal por ser una única institución habilitada para la atención del mismo (parto, recién nacido y atención de

urgencias), pese a las dificultades que se han encontrado en el cumplimiento de los programas. *“En la E.S.E, este programa está a cargo de todas las gestantes del municipio y sin identificar a que IPS primaria pertenece su atención, directamente con esto se le hace seguimiento a las maternas para el control prenatal, se le hace de manera juiciosa el control y el seguimiento, a pesar de ciertas dificultades y barreras que se presenta para el acceso de cada materna con respecto al seguimiento”* (Omar, 25 años)

Desde otra perspectiva, las médicas ancestrales, por su parte, relacionan la cosmovisión de los servicios de salud con el desconocimiento del programa del control prenatal y de las técnicas utilizadas para el examen físico durante éste y el parto. No obstante, prefieren compartir de manera simultánea la atención prenatal con los servicios de salud, para que las gestantes se beneficien de los micronutrientes ordenados por el médico profesional, durante la consulta; *cuando vienen aquí hacerse acomodar yo las mando al control con el médico porque les digo que allá les dan las vitaminas; el ácido fólico, por eso tienen que estar por allá en control”* (Mary, 57 años). Las médicas ancestrales también prefieren referir a las embarazadas a revisión con otras parteras expertas en la materia y a los servicios de salud, para la atención del parto y así complementar los tratamientos y evitar mayores complicaciones futuras en las pacientes. *“Por ejemplo un caso de una muchacha de primerizo, estaba mal que le dolía esto (hipogastrio), me llevaron, fui a verla, ví que estaba atravesado y prendido abajo (útero), y cada rato al baño y usted sabe las complicaciones que le da... entonces yo le dije, que es bueno ir al médico y es bueno también hacerse arreglar con una que entienda eso sí (partera)... no es necesario sólo con el médico porque él va a prohibir que no se dejen tocar”* (Flor, 65 años).

Desde las percepciones de las mujeres embarazadas, la cosmovisión de los servicios de salud se relaciona con las experiencias previas de atención en las instituciones de salud. De este modo se ha notado en algunos casos que el personal médico que atiende durante la atención muestra una actitud poco amable y sutil, lo cual es considerado por las embarazadas como contradictorio a la prioridad en la atención que se promociona en la E.S.E. *“El personal no son muy eficientes, el primer control lo tuve con el doctor José, pero no me gusto la atención con él, porque no tenía paciencia, las otras citas las he pedido con el doctor Jesús, él le da confianza a uno, las citas yo las pido con él, pero a veces tiene muchos pacientes entonces no me atiende”* (Lidia, 25 años). Sin embargo, una de las embarazadas a pesar de que tuvo que esperar mucho tiempo para la atención desde la hora de llegada, considera que no ha presentado dificultades con la atención. *“Pues bien, no he tenido ningún inconveniente, siempre cuando yo voy a las citas siempre se demoran un poquito para atenderme, pero igual si me atienden”* (María, 22 años)

8.3. Características de la comunidad y de los servicios de salud

Fue relevante conocer las características de la comunidad desde la perspectiva de una acercamiento intercultural y de las particularidades de los servicios de salud, con el fin de comprender sobre las condiciones sociales, culturales y económicas, en las cuales se vivencia la maternidad. Para esto se tuvo en cuenta dos apartados, en el primero el acercamiento intercultural entre los participantes, y en el segundo las características de los servicios de salud.

8.3.1. Acercamiento Intercultural

El acercamiento intercultural considerado como un tipo de estrategia, necesaria para comprender la relación en salud entre una o más culturas partiendo del reconocimiento y de los procesos históricos de las cosmovisiones del proceso salud-enfermedad. En ella se analizaron:

- Reconocimiento de la medicina tradicional.
- Relación entre profesionales de la salud y médicos tradicionales.
- Relación entre médicos tradicionales y mujeres gestantes.
- Participación social de los médicos tradicionales.
- Interacción de las gestantes con los servicios de salud y los programas sociales.

A continuación se presenta desde la observación en el contexto y desde la voz de los participantes sus principales apreciaciones.

8.3.1.1 Contexto sociocultural

Se describen las características más relevantes del contexto en el que realizó el presente estudio, teniendo en cuenta que el investigador tuvo la oportunidad de apreciar percepciones, actitudes y sentimientos de los participantes, en diferentes momentos de acercamiento, tanto en sabedores tradicionales como en gestantes.

La comunidad Males es un pueblo perteneciente a la étnia Pasto la cual no tiene una lengua propia, pero se preserva un dialecto como parte de su identidad cultural y que es conocido por el investigador debido a que pertenece a dicha comunidad. Sus habitantes están asentados en un territorio conocido como Resguardo, el cual se organiza mediante un cabildo indígena que tiene vigencia

de un año. El gobernador es la autoridad tradicional, el cual es una persona de la comunidad, generalmente no profesional, quien debe encargarse de todos los asuntos legales y fiscales de competencia y de la gestión del “plan de Vida”. Este documento se asimila al plan de desarrollo municipal, el cual debe ser concertado con la comunidad en el momento de la planeación.

Se percibe que como comunidad indígena existe una desorganización política interna, soportándose entre tanto, en el hecho de que la comunidad desconoce el plan de vida propuesto por la autoridad tradicional. De esta manera, el tema de la salud ha tenido poca importancia para la autoridad tradicional, pues se ha visto poco compromiso con la participación en espacios de planeación territorial y de la gestión de proyectos, situación que también ha sido evidente para las entidades departamentales de salud, cuando el gobernador ha mostrado poco interés en apoyar las iniciativas en salud pública a nivel municipal.

En este contexto, se había identificado que existían partos domiciliarios y muertes perinatales en la comunidad, por lo cual la dirección municipal de salud inició una depuración de las bases de datos de gestantes, y posteriormente una identificación de los médicos tradicionales de la comunidad. Aunque se pensaba que existían alrededor de diez sabedores, finalmente se identificaron alrededor de treinta personas entre adultos mayores y jóvenes, quienes se habían especializado en determinados oficios como parteras, médicos ancestrales y sobanderos.

Luego, cuando se habían programado algunos encuentros, se tuvo la oportunidad de asistir a cinco reuniones con sabedores tradicionales. En este acercamiento algunos expresaron timidez, pero la mayoría demostraron interés y muchas expectativas de las capacitaciones que se había programado, puesto que era la primera vez que se adelantaban actividades con participación activa de la gran mayoría. Aunque entre ellos poco se conocían, los ambientes fueron cómodos, y el capacitador que era una médica ancestral de otro resguardo, con una actitud empática, los motivaba a preguntar.

En estos encuentros ellos expresaron sus sentimientos de olvido por parte de las autoridades, y la importancia de su participación y apoyo para desarrollar los diferentes proyectos en salud. También manifestaron que aprendieron sus experiencias de personas mayores cercanas a ellas, unos desde la niñez y otros en la Juventud. Este aprendizaje se dio por amor, curiosidad y necesidad de solucionar los problemas de salud que se presentaban en la comunidad con mayor frecuencia. En la actualidad atienden a personas de todas las edades, en especial a mujeres, niños y jóvenes de la comunidad y de otras comunidades aledañas;

para lo cual utilizan ritos, tratamiento a base de plantas medicinales y técnicas propias para la atención de la población.

El desarrollo de un recorrido al área rural de la zona oriental ubicada a seis horas del casco urbano, permitió observar condiciones de pobreza y dificultad de acceso de la comunidad, con unas carreteras y caminos veredales en mal estado. Sumado a esto, la lluvia de esos días causó varios deslizamientos que taparon los caminos y carreteras, de manera que sólo se permitía el acceso a pie o a caballo con cierta peligrosidad. Más tarde, en el encuentro con la comunidad, se percibió que asistió mucha gente motivada por la reunión programada en esta zona para tres veredas, otros no asistieron porque pensaron que era una campaña política. Los médicos ancestrales que dirigieron la capacitación, al inicio hicieron el ritual del fuego para comenzar el día con armonía espiritual con la naturaleza; al final de la jornada mucha gente se hizo curar de varias enfermedades, en especial llevaban a los niños quienes expresaban más tarde mejoría. Allí se lograron observar las prácticas más comunes de tratamiento y curación usadas por los médicos ancestrales. La partera de dicha comunidad nos brindó alojamiento, y agradeció en gran manera la labor realizada con la capacitación en pro de comunidad y sobre todo para sí misma, por sentirse responsable de la atención de todos los habitantes de ese lugar y estar enfrentada a la atención de partos.

Las familias de naturaleza campesina de la comunidad de Males, obtienen sus ingresos económicos principalmente de las actividades de la agricultura, cría de especies menores y en menor proporción de la ganadería. Aquí tanto hombres como mujeres del área rural se dedican a las labores del campo desde edades tempranas para ayudar a la familia. Cuando han alcanzado su mayoría de edad o antes, pueden tener dos opciones, la primera consiste en organizar una familia y quedarse en la comunidad, o la segunda tiene que ver con estudiar una carrera técnica o profesional, siempre y cuando haya posibilidades económicas de la familia, para luego buscar oportunidades de trabajo en otras ciudades, lo cual resulta difícil. En este sentido, tres de las mujeres participantes tuvieron que dejar el bachillerato por el embarazo, aunque las mujeres que lo dejaron en su primer embarazo no mostraron preocupación por este tema, pues su proyecto de vida actualmente está enfocado en las responsabilidades de la familia.

8.3.1.1. Reconocimiento de la Medicina Tradicional

En este contexto, desde la medicina occidental, como se había mencionado se conoce de la existencia de las parteras y de los médicos tradicionales en la comunidad, quienes con la ayuda de las plantas medicinales para múltiples

tratamientos, atienden con frecuencia una variedad de enfermedades para toda la comunidad, incluyendo la atención del parto. *“En las veredas de nuestro Municipio hay personas que se dedican no solo atender partos, sino en general atender otro tipo de patologías que lo hacen con medicación casera y medicación de la antigüedad y es frecuente”* (José, 32 años)

Consecuentemente a esto, los médicos profesionales reconocen el gran esfuerzo de las parteras en el ejercicio de la medicina ancestral, quienes a diferencia de los profesionales de la salud, han logrado perfeccionar las técnicas para el manejo del parto sin una formación clínica en la rama de la medicina. De esta manera, el ejercicio de la partera se conoce como otro tipo de medicina que se practica en la comunidad y la cual se ha transmitido por generaciones desde edades tempranas. *“Las parteras han tenido sus experiencias y conocimiento en el empirismo y han tenido un gran esfuerzo y tienen unas grandes cualidades y características en el manejo del parto, ellos a decir verdad, no han tenido un manejo, no han tenido una experiencia clínica como nosotros la hemos tenido, pero ellos también tienen su propio conocimiento y que ha ido pasando de generación en generación, tal vez desde edades muy tempranas o hasta en edades tardías donde ellas van ir presentando su trabajo como parteras. Es un trabajo de esfuerzo que se debe reconocer como medicas también porque tienen mucha experiencia en la atención en el parto”* (Omar, 24 años)

No obstante, se promueve no sólo acudir a la medicina tradicional como única opción, sino también asistir a los servicios de salud que ofrece la E.S.E para el control prenatal institucional y la práctica del parto hospitalario con el fin de evitar complicaciones de mujeres y niños. *“aunque hoy se incentiva a las maternas al control prenatal, que asistan al parto en las instituciones de salud para evitar complicaciones en el embarazo”* (José, 32 años)

Las mujeres embarazadas entrevistadas reconocen los beneficios de la medicina tradicional, por esta razón asisten a revisión por la partera, excepto una de ellas, aunque en el primer hijo si lo hizo, en el embarazo actual no lo consideró necesario. *“Pues yo pienso que la medicina tradicional si es como se dice efectiva....si me han atendido la señora Otilia dos veces y la Señora Albina dos veces. La primera vez ella fue la que me detecto que yo estaba embarazada, fui porque me dolía duro la cintura y empecé a sangrar un poquito”* (Lidia, 25 años)

En otro caso, una de las embarazadas pese a que ha sentido dudas frente a los beneficios de los tratamientos recomendados por la médica tradicional, ha sentido confianza para expresar sus inquietudes sobre los tratamientos y el estado de salud, por lo que finalmente decide continuar asistiendo, convirtiéndose este acompañamiento en una experiencia positiva en el tratamiento del dolor durante el embarazo, por medio del masaje utilizado por la partera. *“Pues hemos ido donde una señora del mirador para que la revise (esposo)”. De eso (risa) hay cosas buenas y otras como que le dan desconfianza...le tengo confianza para preguntarle lo que me duele, y me he sentido mejor... el otro día me dolía duro la pierna y había*

estado acá (ingle)... como bien metido... ella le soba, le soba (masajear) y ya...ya no me dolía ni la pierna y pues si... uno se siente mejor por eso si voy a seguir asistiendo” (Ana Julia, 25 años).

Por otro lado desde la perspectiva de los médicos ancestrales, el reconocimiento de la medicina tradicional parte de reconocer la existencia de las enfermedades propias de la comunidad y de la gestión de las entidades municipales para la disponibilidad de un lugar adecuado, en el cual los médicos tradicionales puedan realizar las curaciones y las limpiezas espirituales a los pacientes, para de esta manera establecer una primera consulta con el médico tradicional y luego una segunda consulta por el profesional de la salud, para que de manera con la E.S.E sea posible trabajar en equipo y complementar las dos perspectivas médicas, obteniendo como resultado el aumento de la efectividad de los tratamientos suministrados a los pacientes. *“Es necesario ser conscientes de que nuestros males propios existen...si hay en nuestro territorio entonces pues que hubiera su sala especial y nosotros le hacemos una limpieza y de allí si váyase allá donde el médico, porque yo así hago aquí vienen dicen yo ya lo lleve al médico a mi hijo y me dieron esto y nada y nada y nada” (Mary, 54 años)*

En este sentido, las parteras han percibido que la medicina ancestral en la actualidad está teniendo valor y reconocimiento para la medicina occidental, pues ya no es vista como un delito como lo era tiempo atrás, sin embargo en la actualidad, la práctica de la medicina ancestral debe ocultarse de los profesionales de la salud en el tratamiento de enfermedades de la comunidad. *“Ahora ya le están dando el valor a la medicina natural, tanto los médicos porque más antes que delito, con la Doctora Lucia, que muy malo, que ni vayan hacer curar a los niños de espanto. El otro día fui al hospital, me llamaron y les dije que tengan el aguardiente y fui calladito, lo cure con agua y se alentó el niño... y la señora desde eso venia aquí que lo cure”. (Mary, 54 años).* Adicionalmente, se evidencia que en la comunidad se está perdiendo la credibilidad en el valor curativo de las plantas y en la medicina tradicional, con el tiempo la practican menos, lo cual se relaciona también con la falta de tiempo para buscar a la partera en la comunidad y las condiciones económicas de las familias. *“La medicina tradicional se está acabando, ya no le ponen mucha atención, dicen que eso es mentira...ya no creen, están perdiendo la creencia en las plantas del campo, a lo menos dicen; que voy a estar buscando, no tengo tiempo...por ejemplo una muchacha que llevó al niño que estaba espantado, enfermo y ya lo había llevado a la IPS, le dijo la otra (amiga), ya te hubieras ido allá donde curan ¿no será espantado? (enfermedad con síntomas de infección gastrointestinales) entonces dijo; yo que voy a necesitar a esas viejas cochinas, mejor me voy al pueblo dijo, entonces yo dije; claro esa señorita si tiene plata que va ir donde la partera (Flor, 65 años).* La partera durante este momento de la entrevista mostró actitudes de desánimo con lo narrado.

8.3.1.3. Relación entre profesionales de la salud y sabedores tradicionales

Otro aspecto considerado en el presente estudio es la relación que se establece entre los participantes desde el punto de vista de las cosmovisiones en salud. En este sentido, los médicos profesionales conocen que se vienen tratando las diferentes enfermedades de la comunidad a través de médicos tradicionales y parteras, con una práctica basada en conocimiento empírico, transmitido de personas mayores a niños, a través de las generaciones. *“No conozco de la comunidad ningún médico tradicional, pero si he escuchado de ellos, trabajan en las veredas, tienen sus creencias, ellos trabajan con la situaciones con las que ellas están implicados en el empirismo para el manejo de las enfermedades o con respecto a las consultas, es un manejo basado en las creencias, que han venido pasando de generación en generación y la trascendencia que han presentado desde los mayores a los menores para poder ejercer ellos este tipo de medicina”* (Omar, 25 años) En este orden de ideas, las prácticas ancestrales en salud también tienen importancia para la medicina occidental, puesto que representan un aporte, tanto al conocimiento de las enfermedades como al tratamiento de las mismas, y se reconoce que aún existen cosas de la práctica ancestral que la medicina occidental no ha logrado darle explicación científica. *“Es una población indígena de cultura ancestral y en la mayoría de caso está basado en la cultura de las creencias de las personas y si es muy válida porque hay muchas cosas porque la parte medica occidental aún no se ha alcanzado a entender y con las terceras personas se ha logrado mejorar la salud de la comunidad en general y si es un complemento a la salud que se presta aquí en la institución porque las creencias en la comunidad de córdoba son muy válidas y aportan al conocimiento de las patologías que aquí se presentan”* (José, 32 años).

Desde la percepción de los médicos tradicionales pese a que se remiten los pacientes, esto no ha significado un acercamiento dialógico o concreto entre la medicina tradicional y occidental, pues se sienten rechazados por las instituciones de salud, generándose de esta manera sentimientos de temor, acompañados de la tendencia a ocultar sus atenciones y prácticas médicas ancestrales. *“yo les he dicho que no digan que yo atiendo de eso nada, entonces yo no hecho que sepan en el hospital, les he dicho que cuando las llaman del Hospital el primer día, que no vayan a decir que han estado con parteras, que no vaya a quedar mi nombre en los papeles que hacen, que sea mejor calladito no más, que no vayan avisar... de pronto vaya a pasar alguna cosa, será miedo, a pesar de que mi Dios me ha acompañado y no ha pasado nada en todo este tiempo”* (Flor, 65 años)

8.3.1.4 Relación entre sabedores tradicionales y gestantes

Es de gran importancia para la partera que los pacientes busquen la ayuda en salud, ya sea en el hospital o donde los médicos ancestrales, independientemente

de la relación que exista con los profesionales de la salud, porque lo importante es mejorar la salud de las mujeres y de los niños de la comunidad, de este modo se comparte la atención de las enfermedades maternas e infantiles de manera simultánea, entre la medicina occidental y la medicina tradicional. *“Es importante que estén bien la embarazada, tienen que de ley acudir al médico, bien al puesto de salud, o a una persona que le ayude con cualquier remedio (médico o partera), entonces, si es importante estar bien. A veces vienen aquí, ellas dicen ya fui al hospital le he dado lo que me han mandado y sigue así mismo los traen a los niños, yo les miro los ojos caiditos, amarillos, yo les digo que es amalvientado y toca barrerlo”* (Flor, 65 años)

Para dichas atenciones, las embarazadas acuden al domicilio de la partera o de la médica tradicional, con el fin de conseguir una revisión del estado gestacional, conocer su estado de salud o aliviar alguna molestia o enfermedad durante el embarazo, inclusive ante sospechas de amenaza de aborto, lo cual hace que las mujeres sienten mayor tranquilidad y seguridad de su estado de salud durante esta etapa. *“Si me han atendido la señora Otilia dos veces, y la Señora Albina dos veces, la primera vez ella fue la que me detecto que yo estaba embarazada, fui porque me dolía duro la cintura y empecé a sangrar un poquito, entonces como que me asuste y fui donde ella y ella fue la que me reconoció que estaba embarazada y había estado como en amenaza de írseme ya (amenaza de aborto), ella simplemente me fregó la barriga y ya. Cuando fue Doña Albina era porque me dolía en un lado, ella fue a mirarme para que se acomode en el centro, no podía dormir y hace un mes vino a revisarme, después no tenía molestias pero la llame que me revise si estaba de pronto otra vez mal o si el niños e me había caído (aborto).* (Lidia, 25 años).

La partera en este sentido, busca generar mayor confianza con la embarazada y se toma el tiempo necesario para resolver las dudas que puedan surgir en la gestante. La relación que se establece con las pacientes, permite a la partera conocer el estado de salud de la grávida, encaminándola de mejor manera hacia los tratamientos. En este proceso de confianza logrado con la embarazada, las mujeres expresan sus inquietudes y dificultades, tales como las relacionadas con el aborto inducido y los sentimientos de temor, en especial ante el parto institucional. *“ me ha dado la confianza, llegan aquí y me cuentan las cosas, ese otro día vino una muchacha que lo quería abortar, porque se metió con el cuñado ¿cómo yo les voy hacer abortar si es una vida?, al contrario, les doy a tomar unas aguas para que más les endure, después dicen que yo no puedo...es como otra paciente que tuvo relaciones pero que a la hora de desarrollar fue lejitos de la vagina, entonces le dije usted está en embarazo tome esto, después no vino más que pasaría...”* "Uuum, en ese sentido, yo me demoro bastante, más de una hora, es lo que necesite de tiempo, entre más me pregunten más me dedico... a veces cuando está el paciente de afán, en 20 minutos ya está desocupado, pero cuando si hay forma de conversar ahí sí, así yo tenga que hacer, le dedico todo el tiempo para decirle las cosas" (Mary, 54 años)

Por lo tanto, para la partera es transcendental en la revisión o consulta tomar todo el tiempo necesario para brindar una educación más completa. De esta manera desde el mismo momento en que se diagnostica el embarazo, se orienta detalladamente sobre los riesgos y cuidados; como por ejemplo, cuando asisten por amenaza de aborto y manifiestan problemas familiares. La educación termina con las recomendaciones para la hora del afrontamiento del parto y los cuidados después del parto, con temas relacionados con la lactancia materna y el cuidado del recién nacido *“Yo les recomiendo que se cuiden de hacer fuerza, cuando es peligro de aborto, les pregunto que cuál fue la causa, les digo que se cuiden del frío hagan sus aguas y se bañen...las recomendaciones se dan poco a poco, voy aplicando según el momento, le voy diciendo, ira ajuntando los huevos y las comunes, para el momento del parto les digo tómense esto para que ayuden a tizar (romper) la fuente, ya las voy preparando, ellas después ya vienen del Hospital con la mamá o con alguien y les digo lo de la purga (tratamiento) a los tres días y se les acomoda la cabecita a los niños...una señora ya rato vino, nosotros la llamamos fiebre de leche (mastitis), ¡el médico que le hace allá!, qué le inyecta para que le seque la leche, no le digo, entonces...yo ya les mando con que se ha de bañar, que se ha de aplicar y perfectamente se saca la leche y si él bebe no aguanta a tomársela, le digo désela a alguien o báñese la cabeza, que le va a servir también de alimento”* (Mary, 54 años)

8.3.1.5. Participación social en políticas y planes intersectoriales en salud

Con referencia a este aspecto, los médicos tradicionales manifestaron que no pertenecían a ningún comité de salud. A pesar de no contar con mucho tiempo, les gustaría participar en los temas de salud. Una de las parteras refirió que pertenecía a una asociación de mujeres y gracias a ello había aprendido muchas cosas diferentes a la salud, y aunque también había participado del concejo territorial de planeación, el comité no se había reunido últimamente. *“Yo hago parte de mi asociación de madres de familia, allí aprendí muchas cosas me ha servido, también pertenezco al concejo territorial de planeación, pero en representación de mi asociación, no de salud, pero ya no nos han llamado, al principio si nos llamaban cada rato a reuniones* (Mary, 54 años). Los sabedores ancestrales expresaron sentimientos de desacuerdo e inconformidad, refiriendo que durante mucho tiempo las autoridades tradicionales no han tenido en cuenta la participación de los médicos, parteras y sobanderos. Anteriormente se les había convocado a una reunión por parte del cabildo, pero no obtuvieron ningún tipo de beneficio. Por el contrario, el objetivo de dichas reuniones fue el de extraer su conocimiento y presentarlo a otras entidades. *“el cabildo nos ha dicho que vamos a todos los médicos allá se hizo el ritual y nos dieron comida pero nada más, no nos ayudaron, estamos cansados que nos llamen para sacarnos los conocimientos y el beneficio es para ellos, diga si no es así”*

Por lo anterior, los médicos tradicionales desconocen que en el momento se esté adelantando algún tipo de proyecto por las autoridades municipales, aunque en algunas ocasiones han manifestado la necesidad del apoyo para poder llevar a cabo las ideas que han surgido, éstas para el bien de la comunidad y la sostenibilidad de su labor. *“No, no sé no nos han dicho nada de capacitaciones o proyectos con nosotros, pero si sería bueno que se pudiera hacer lo que habíamos dicho en las reuniones, con la ayuda de usted, nos permitan tener nuestro jardín botánico, la maloca para hacer nuestros tratamientos y rituales, que los pacientes pasen primero por los médicos tradicionales y luego por el medico (Flor, 65 años). Además consideran que es una buena idea programar las capacitaciones con los médicos tradicionales, siempre y cuando los médicos profesionales compartan el conocimiento y no sólo sea con el ánimo de obtener el conocimiento de lo tradicional, esto ha conllevado a que algunos de los médicos tradicionales se abstengan de participar de dichas actividades. “Es necesario claro conjuntamente que se nos enseñe, pero que nos capaciten y nos compartan su conocimiento los médicos, que no nos pregunte lo que nosotros sabemos no más, no ve doña Rosa cuando la lleve a Ipiales, de ver lo que nos pasó en Ipiales con el Instituto Departamental que nos capacito y no nos ayudó en nada... ella dijo, yo no vuelvo a esto para nada, solo para que nos saquen nuestros conocimientos y nada nos apoyan... yo me quedo con lo mío” (Mary, 54 años).*

Los médicos profesionales y las gestantes también desconocen de algún tipo de proyecto que se esté trabajando a nivel municipal que sea haya concertado a nivel de entidades. De igual manera, no han participado en ningún comité de asociación de usuarios en salud u otro a nivel municipal que les haya permitido intervenir en la toma de decisiones para la salud materna. *“No participo en ningún comité...no conozco de estos proyectos que esté trabajando con el cabildo o que esté desarrollando, había escuchado que hace un tiempo que estaban capacitando a los médicos tradicionales...ahora algunas actividades se están trabajando con la dirección local en este proceso de sensibilización, no participo en ningún comité” (José, 32 años).*

8.3.1.6. Interacción de la gestante con los servicios de salud y los programas sociales

La observación a los participantes propició una reflexión crítica sobre las expresiones verbales y no verbales desde los sentimientos, percepciones y actitudes, en el contexto cultural. De la misma manera favoreció la comprensión y expresión de los procesos de comunicación e interacción, especialmente entre las gestantes y el personal administrativo y asistencial de la E.S.E, antes y después de las consultas del control prenatal, como se describe a continuación.

Desde una perspectiva etnográfica se logró captar momentos importantes del entorno en los que las mujeres experimentaban la maternidad, por ejemplo, actividades grupales en las que participaban, 2 sesiones educativas del programa FAMI y 2 sesiones del curso de preparación para la maternidad.

En el acercamiento inicial con las cuatro mujeres, se percibió una actitud de colaboración, pero a la vez con un poco de timidez, en especial en una de las más jóvenes que esperaba su primer hijo y quien había dejado de estudiar por su embarazo, no obstante con la relación empática del investigador, poco a poco se fueron generando sentimientos de confianza que permitieron el acompañamiento y la observación de los hechos durante diferentes momentos de la atención prenatal. Las cuatro gestantes aunque no dieron muchos detalles, refirieron que contaban con el apoyo de la familia. Una de ellas expresó que se había sentido más sensible con el embarazo, pues desde el inicio había sentido dolor abdominal y los médicos hasta el momento no le habían determinado la causa ni tampoco le habían dado el tratamiento necesario.

Las mujeres manifestaron que habían solicitado personalmente la cita un día antes en atención al usuario sin presentar inconvenientes. En el acompañamiento en una sala de espera pequeña y no muy cómoda, se observó que no había tumulto o filas largas de espera, en su mayoría los pacientes estaban sentados. También fue posible observar que las mujeres esperaron de una a cuatro horas para ser atendidas y mientras hacían los trámites de laboratorios, facturación y medicamentos, habían invertido toda la mañana en el hospital. Durante la espera, se presentó una situación de inseguridad de pertenencias relacionada con la pérdida del celular de una de las embarazadas, ante la angustia que generó esta situación se notó poco acompañamiento a la mujer por parte de la institución, lo cual además hizo que perdiera el turno de atención, luego a la reclamación de la paciente le asignaron nuevamente la cita para esa misma mañana y fue atendida.

Aunque, no fue posible ingresar con las pacientes al consultorio, se evidenció que el tiempo que empleó el médico para la consulta del control prenatal fue variable, de 20 a 30 minutos; al salir del consultorio el investigador preguntó sobre cómo les había ido en la consulta, a lo cual ellas respondieron afirmativamente, manifestando que les dieron remisiones, vitaminas y les explicaron los signos y síntomas de alarma por los cuales consultar por urgencias.

Posteriormente, con las diferentes remisiones internas a otros servicios y áreas, se notó en general una buena actitud del personal que atendió en farmacia y facturación, de quienes recibió la orientación. Por otro lado, se contrastó que aunque las embarazadas no lo percibieron como engorroso, existen dificultades

para el acceso a la toma de las ayudas diagnósticas de manera oportuna, debido a la tramitología y a los tiempos de espera, en especial para hacer efectivas las remisiones a los diferentes servicios en la misma institución. De igual manera, sucedió con las autorizaciones requeridas para la atención en el segundo nivel de complejidad, lo cual contribuyó a que las mujeres aplazarán dichos trámites para otra ocasión, puesto que no tenían el tiempo para permanecer todo el día en las instituciones de salud o la posibilidad de regresar en el mismo día, teniendo en cuenta que además, las mujeres no contaban con los recursos económicos para el transporte y el tiempo necesario por las diversas obligaciones del hogar, la familia y el trabajo. En este recorrido, en algunas mujeres se pudieron apreciar sentimientos de preocupación; de igual manera el investigador pese a que hizo una charla amena, sintió angustia porque había que esperar mucho tiempo para la atención, dejándose la legalización de las remisiones para después.

Por otra parte, en relación a las actividades grupales en las que participaron las mujeres cada ocho o quince días, fue posible conocer que la E.S.E programaba el curso psicoprofiláctico cada seis meses en el auditorio de la institución, con el objetivo de educar y preparar a madres y padres para la maternidad. Sin embargo, se observó que solo asistieron un promedio de diez embarazadas y algunas mujeres líderes del programa FAMI, ningún compañero asistió pese a que en una de las sesiones la enfermera mencionó la importancia de la participación de la pareja durante el curso.

Durante las dos capacitaciones en las que se hizo el acompañamiento, se observó que cuando se programaron actividades lúdicas en las charlas y los contenidos, se comunicaron con un lenguaje sencillo, las mujeres se motivaban y participaban dirigiendo sus preguntas sin temor al capacitador. Entre las temáticas tratadas durante las dos sesiones, les llamó más la atención una dinámica sobre la imaginación del árbol, que representaba la situación emocional relacionada con la maternidad realizada por la psicóloga. Se observó que el auditorio de la E.S.E no proveía las condiciones necesarias para la comodidad de las participantes del curso por presentar múltiples interrupciones, lo que hizo que algunas mujeres no pudieran concentrarse en el ejercicio.

Diferentes capacitadores trataron varios temas en una misma reunión, entre éstos generalidades de planificación familiar, prevención del cáncer de cuello uterino y estimulación temprana, que generaron actitudes de aburrimiento, sueño y poco interés por parte de las mujeres. Adicionalmente, algunas mujeres habían llevado a sus hijos porque no tenían con quien dejarlos, generándose distracción para el público, sumado también a las constantes interrupciones del personal de la

institución que salía y entraba del auditorio, trayendo desmotivación e interrupción en el proceso de aprendizaje.

Ante el tema de planificación familiar que se exponía, una de las mujeres refirió que no era posible usar los métodos recomendados por las molestias originadas por los mismos, sumado al hecho de que el hombre no permitía el uso del condón, tema que no fue retroalimentado por el capacitador, dejándolo para ser tratado posteriormente en una consulta médica. Finalmente se entregaron folletos, cartillas y volantes para que las mujeres llevaran a sus casas.

En otra sesión en la cual se trató el tema de lactancia materna, se notaron desacuerdos respecto a lo que conocían las mujeres sobre formas y tiempos de la lactancia, frente a lo que el capacitador recomendaba. También persistió la divergencia ante el uso de remedios tradicionales para la higiene de los pezones por parte de las mujeres puesto que la enfermera no estuvo de acuerdo, situación en la cual la capacitadora expresó su incomodidad frente al público por no saber manejar la situación. Finalmente las diferencias no fueron aclaradas con las participantes. Además, la falta de preparación de los contenidos, la improvisación por la falla de los equipos audiovisuales y el lenguaje técnico de los profesionales con el que se transmitieron los conceptos, generaron sentimientos de temor, dudas y comentarios en voz baja entre las participantes.

En otro entorno se identificó que las madres FAMI programan diferentes actividades con las usuarias del programa como capacitaciones, talleres de manualidades y entrega de paquetes alimentarios, para esto se programaban los encuentros un día a la semana o cada 15 días.

Se observó la interacción de las embarazadas y de las mujeres lactantes durante dos reuniones programadas por las madres FAMI, de quienes se percibió preocupación para organizar las actividades y acompañar a las embarazadas a estas, por lo cual habían solicitado apoyo a un profesional de la salud para dictar las diferentes charlas.

De esta manera fue posible examinar en una primera reunión de capacitación para las gestantes, la actitud empática del capacitador. Se resalta que la preparación lúdica del tema tratado sobre proyecto de vida, generó confianza y aceptación, logrando captar la atención de las mujeres con gran motivación de atención y participación, quienes expresaron diferentes inquietudes. Por el contrario, un segundo capacitador en la misma reunión que trató el tema de la importancia de la salud oral en los niños, mostró una actitud poco empática, además tuvo que

improvisar el tema por fallas del equipo, comunicando los contenidos de manera extensa. También, las mujeres habían llevado a los lactantes y a otros niños más grandecitos, quienes en medio de llanto y juego, interrumpían la atención de las participantes, además las madres salían y entraban para distraerlos fuera del salón comunitario, situaciones que interrumpieron el proceso de aprendizaje.

En otra reunión, aunque muchas embarazadas inicialmente se vieron motivadas a asistir en compañía de algunas madres FAMI, poco a poco se desanimaron cuando la profesional que capacitaba usó un lenguaje muy técnico en toda la charla y dejó preguntas pendientes para resolver, lo que dejó grandes vacíos y confusiones en los temas abordados. Dichos encuentros se desarrollaron en salones comunales, y ante la multitud, los espacios se veían reducidos, sin embargo, no siempre fue así, pues existieron encuentros en cada una de las casas de las madres FAMI con sus usuarias, solamente que ese día se habían reunido varias madres FAMI con diferentes grupos de mujeres para aprovechar la capacitación en un solo encuentro.

8.3.2 Características de los servicios de salud

En este apartado se tuvo en cuenta la perspectiva de los participantes del estudio y las particularidades de los servicios de salud, estos últimos entendidos como un conjunto de políticas y recursos destinados a promover, prevenir, recuperar y mantener la salud de una población de manera individual y colectiva. Se valoraron dichos aspectos en la E.S.E desde los siguientes puntos de vista:

- Disponibilidad de recursos, programas y servicios de control prenatal.
- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Calidad del control prenatal.
- Relación médico paciente.
- Deberes y derechos del paciente.
- Satisfacción con los servicios recibidos.

8.3.2.1. Disponibilidad de recursos, servicios y del programa de control prenatal

Con referencia a la disponibilidad del recurso humano para el programa de control prenatal, los profesionales de la salud expresaron que a nivel institucional se ha pretendido organizar los programas con el equipo de personal médico, enfermería y los promotores comunitarios en salud, para el seguimiento y canalización de pacientes del control prenatal, enfocado en trabajar sobre la disminución de las complicaciones en salud en mujeres y niños, logrando de esta manera que las

mujeres se sientan satisfechas con los servicios. *“Pienso en general que todo el equipo está enfocado a buscar el bienestar de la materna y su hijo, buscando evitar complicaciones a largo y acorto plazo, una atención se la presta adecuadamente, pues para mi desde el punto de vista mío, está bien enfocado, todo el equipo de salud trabajando en compañía con las enfermeras jefes, los promotores, buscando que la paciente sea bien acogida por la institución, satisfecha con la atención médica y se ha logrado eso en gran parte... en general decir que el programa no está acorde pues no, la mayoría está bien en la institución”* (José, 32 años).

Se ha organizado el curso psicoprofiláctico para que las gestantes profundicen en conocimientos sobre la preparación para el embarazo y el parto. De la misma, manera se ve como una necesidad tanto para el personal asistencial como para el personal administrativo de la institución de salud, la capacitación continua con énfasis en temas de humanización de la atención,. *“El curso psicoprofiláctico se hace por parte de enfermería, se debe hacer una parte de educación y tener una parte más de profundización dentro de los mismos conocimientos que deben tener como, en lactancia materna, atención neonatal, atención de factores de riesgo de la gestación, en este caso, se hace una llamado a padres de familia o familiares de las maternas para hacer una mejor canalización y un conocimiento a profundidad de los mismos factores de riesgo que presenten cada una de las gestantes”* (Omar, 24 años)

La partera frente a estos aspectos reconoce que a diferencia de la atención tradicional, la atención en el hospital es necesaria porque se puede disponer de equipos y medicamentos esenciales para el momento del parto, con especial atención en caso de presentarse alguna complicación; además se cuenta con el banco de vacunas respectivas para el futuro neonato. *“No es porque no me sienta capaz porque si he atendido partos de urgencia, pero es una responsabilidad grande, porque allá en el Hospital, les digo como quiera que sea tienen sus cosas y lo van a salvar. También las vacunas, ahora apenas nace les ponen, para evitar cualquier enfermedad y les digo no me hago a cargo váyase no más”* (Mary, 54 años)

Las embarazadas por su parte, valoran el programa de control prenatal porque les permite a través de las pruebas de laboratorio y las ecografías, confirmar el embarazo, conocer su edad gestacional y saber por el estado de salud del bebé. También les han informado sobre servicio de ambulancia para el parto. *“Los controles me parecen bueno incluso por ejemplo, que no sabía si estaba embarazada, me tome varias pruebas en lo particular, y me salía negativas, y en el control prenatal me salió positivo y supe que sí estaba embarazada, además me envían a tomar las ecografías para saber cómo está él bebe y de cuántas semanas estoy”* (Lidia, 25 años) Adicionalmente, no han presentado inconvenientes para asistir a la institución en los horarios de atención establecidos para la atención, aunque algunas embarazadas han tenido que esperar mucho tiempo para ser atendidas en el control prenatal. *“Si conozco el horario de atención del hospital atienden todos los días desde las 8:00 de la mañana hasta las 6:00 de la tarde y el viernes*

solo medio día y todos los días nos han informado que se atiende urgencias, yo he ido a todos los controles prenatales, el primero fui cuando tenía tres semanas, yo fui sola, fui directamente hacerme la prueba porque ya tenía dudas...para sacar las citas nos han dicho que con la promotora o a veces llamo o voy directamente a sacar el turno” (Maria,22 años)

8.3.2.2. Accesibilidad en distancia, tiempo y recursos del bolsillo

En cuanto al acceso en distancia y tiempo para que las embarazadas asistan a los servicios de salud, por una lado, se evidenció el mal estado de las vías rurales que hacen más larga la distancia que existe de las veredas al casco urbano, razón que ha llevado a la población a incrementar el uso de motocicleta como medio de transporte más rápido y económico. *“Yo me demoro una media hora o más a veces, depende si se encuentra carro, pero a veces no hay, entonces me voy en la moto porque mi esposo tienen, pero como él tiene que hacer sus cosas (María, 22 años)”*

Por otra parte, las mujeres en su mayoría del área rural, se dedican a labores de la agricultura y la cría de especies menores, lo cual hace que no les quede mucho tiempo disponible para asistir a los cursos y talleres, tanto de preparación para la maternidad llevados a cabo en el casco urbano, como para las reuniones del programa FAMI dirigido a gestantes. *“Recién me informaron del curso psicoprofiláctico y no he podido asistir por el tiempo, como tengo unos pollos y no tengo con quien dejarlos, pero si fuera el curso aquí en Yungachala de pronto si fuera por lo que me queda más cerca, porque a córdoba (Casco Urbano) siempre me queda lejitos, a veces cuando uno ya sale le toca esperar el carro y a veces se demora bastante tiempo...y uno está en preocupación de acá” (María, 22 años)*

Las mujeres también asumen los gastos de bolsillo para el transporte, necesarios para cumplir con las citas médicas o para realizarse exámenes y controles con el especialista en otros municipios. De igual manera deben comprar algunas vitaminas ordenadas por el control prenatal. *“Claro me toca gastar mucho, pues por lo menos en pasajes, el ginecólogo cuando me dijo que estaba baja de peso me mando a comprar vitaminas que me costaban cincuenta mil y por lo que tengo que ir cada mes al ginecólogo gasto en eso” (Carmen, 27 años).*

8.3.2.3. Calidad del control prenatal

Desde la percepción de los médicos profesionales se valoró la calidad del control prenatal. Se resalta que desde los servicios de salud, se supone brindar una atención prioritaria para toda mujer en embarazo, desde el mismo momento en

que es confirmada la concepción por clínica, posterior a esto se canaliza a las gestantes al programa de control prenatal y se remiten a los servicios de odontología y psicología, siempre haciendo énfasis en la detección temprana de riesgos, con una atención integral orientada al binomio madre-hijo hasta el momento del parto, con el objetivo de evitar complicaciones. *“El programa de control prenatal se inicia una vez se determina una prueba de embarazo positivo en cualquiera de las otras IPS, en la E.S.E, se inicia el control porque las gestantes está a cargo este programa en la E.S.E, inmediatamente se tiene prioridad cuando se va iniciar la consulta cuando se asigna la cita tiene una duración de 40 minutos todos los controles prenatales y se empieza hacer un seguimiento hasta el parto, identificando los riesgos que se presenten, iniciando el manejo con micronutrientes y cuando se identifique algún tipo de morbilidad durante la gestación... también se asigna la cita para psicología y odontología para el inicio del control prenatal y el paquete completo para la integralidad del servicio de salud del primer nivel donde nosotros trabajamos”* (Omar, 24 años)

Pese a la disponibilidad del equipo de profesionales y del tiempo de 40 minutos previsto para la atención prenatal, se es consciente que los profesionales muchas veces no cuentan con el tiempo necesario para una atención más adecuada y oportuna, reduciendo la educación de paciente a orientaciones generalizadas. *“El tiempo es de 40 minutos del inicio y de cada mes, no es suficiente porque faltaría para explicarle más cosas, con la madre trata de simplificar lo más general aunque todo es más importante, por lo que no hay suficiente personal para la comunidad, hay que agilizar un poco más y a veces se quejan o no se sientan satisfechas por eso, toca con uno y otro paciente por eso es complicado, pero es adecuado para nosotros para dar las recomendaciones y toma de medicamentos de forma adecuada”* (José, 32 años)

El médico enfatiza en la educación durante el control prenatal sobre los signos y síntomas de alarma por los cuales la gestante debe buscar ayuda, además de otros temas a tener en cuenta con respecto a la nutrición, actividad física y prevención de enfermedades como la hipertensión y la diabetes. *“En cuanto a las recomendaciones que se hace es educar a la madres en signos y síntomas para re consultar; entre ellos dolor de cabeza intensa, zumbidos al oído, dolor abdominal al epigastrio, sangrado vaginal, edema de miembros superiores e inferiores, o un tipo de anormalidad dentro de su fisiología normal a lo largo de su gestación, además también se educa en la parte de nutrición y cuando tienen factores dietéticos o de riesgo familiar como hipertensión arterial y diabetes o que tenga algún tipo de alteración de dislipidemia u obesidad, se debe cuidar a las maternas disminuyendo el consumo de carbohidratos y el consumo de sales, y también aumentar la actividad física sin aumentar el esfuerzo físico a parte de lo de la nutrición”* (José, 32 años).

Por otra parte, sólo uno de los profesionales entrevistados refirió conocer la ruta de atención para la salud materna, la cual es un proceso que busca realizar todos

los procedimientos necesarios como exámenes de laboratorio, ordenes de medicamentos, orden de remisiones y educación a la embarazada con respecto al parto institucional. *“Existe una ruta de atención de aquí; es desde que ingresa al control prenatal todos los exámenes, los micronutrientes que hay que formular, la remisión al nivel que se necesite, y estimular el parto institucional a las maternas, y hay muchas de ellas que lo más importante es ir al segundo nivel donde hay un ginecólogo porque se sienten más seguras, pero el personal está capacitado para la atención de la materna y el parto, pero la ruta es la atención integral de la materna”* (Omar, 24 años).

En este sentido, las parteras manifestaron desconocimiento sobre el proceso del control prenatal realizado por el hospital, sienten dudas sobre los procedimientos utilizados para la revisión de la paciente durante el mismo, también reconocen la diferencia que existe entre las dos medicinas tradicional y occidental, en el uso de las técnicas para calcular la altura uterina, la edad gestacional y la fecha probable de parto. *“Pienso que las llevan y las acuestan en una camilla y las han de tocar la barriguita. Aquí no han de saber cuánto mide cuanto falta para salir, yo mido en los dedos cuantos meses le falta, yo apenas les acomodo y le mido en el puerto (cuello uterino) si entro un o dos dedos le falta... donde ya está colgado aquí en el puerto ya está que nace”* (flor, 65 años). De este modo la partera muestra insatisfacción y/o desacuerdo con el tipo de control prenatal realizado por los médicos en el hospital, pues es visto como un procedimiento sencillo y poco completo, que no enfatiza en la valoración del bebé, ni en el uso de técnicas de acomodamiento para el alivio del dolor y otras molestias que sí son utilizadas por la partera, con los cuales han visto buenos resultados. *“En el programa de control prenatal, apenas que lo miden, tantas semanas dicen y le ponen el aparatito que es que se llama el Doppler, más no le hacen y le miden la barriguita cuanto va creciendo, ¡pero allá no le tocan como esta ajaa!...y lo único que le dicen está vivo. Cada mes las llevan al hospital, al tiempo que fui no hacían bonito el control, en el tiempo que estuve en embarazo”* (Mary, 54 años).

Sin embargo, una de las cosas que valora la partera es que a la embarazada se le suministre suplemento vitamínico durante su control prenatal, puesto que la partera desconoce del tema, y considera necesario que los servicios de salud lo hagan. También percibe que no se realiza una adecuada educación respecto a horarios para la toma de los medicamentos, puesto que puede haber abuso de éstos, los cuales causan problemas para la salud, incluyendo los medicamentos naturales. *“Es bueno que les den los medicamentos en el control, por lo menos todo eso no se sabe acá” ¿Cuándo vienen? les pregunto ¿qué les dijo el médico?, ellas dicen que están bien y que les han mandado la droga pero que nos les recibe. Entonces lo que hace falta es darle un horario para la droga, entonces le dicen tomen tres diarias de cada una pero no les distribuyen bonito el horario... entonces yo les digo que no se tomen las tres pastas juntas. Después le echamos la culpa a la droga, porque la droga natural también hace malo como la química cuando se abusa, por*

ejemplo si nos olvidamos de tomar una pasta entonces nos tomamos las dos eso que va hacer, eso está en nosotros en no abusar. (Mary, 54 años)

De acuerdo a lo anterior la partera siente la necesidad de brindar una mayor educación por parte de las instituciones de salud en temas de planificación familiar, horarios para la toma de micronutrientes, la automedicación, brindando además mayor apoyo psicológico. *“Eso nos falta mucho en concientizar en la alimentación y en los medicamentos, es importante capacitar en la planificación porque aquí vienen embarazadas. Yo les digo para que traer tanta guagua, ellas dicen me fallo la planificación, les falla mucho, no tienen en claro mucho lo de la planificación. Ahora ya no se escucha que el marido no la deja planificar, algunas dicen que no se hacen operar porque quedan frías que quedan calientes y ahora que dirá mi marido, yo las aconsejo que eso sea como quiera ser usted, eso está en su cabeza” (Mary, 54 años).*

Desde la percepción de la embarazada en relación a la calidad del control prenatal, les gustaría ser atendidas por un mismo profesional durante todo el proceso, porque tendrían un sólo criterio de valoración evitándose obtener de esta forma una anamnesis por consulta. *“Me han atendido diferentes médicos, me parece mejor el doctor Pedro... también me han atendido la doctora María y otro doctor no sé, no recuerdo... quisiera que en los controles lo atendiera solo un médico, a veces lo atiende uno y de ahí el otro mes otro... y como que él ya sabe y al próximo control otra vez le preguntan todo” (Lidia, 25 años).* Igualmente consideran que el tiempo que se toma el médico, de 10 a 15 minutos, es muy corto para un examen físico completo, limitándose a escribir. Pese a esto, la embarazada ha recibido información sobre signos y síntomas de alarma *“En los controles en atenderme no se demoran mucho, unos 15 a 20 minutos y deberían de ponerle otro poquito de tiempo... allá lo que se demoran más es escribiendo lo que le preguntan a uno... que ande con mucho cuidado, ahora por lo que es así que no haga fuerza, y también con los signos de alarma... que asistiera por urgencias” (Carmen, 27 años)* sobre algunos de los exámenes de laboratorio de ingreso al control prenatal, remisiones, medicamentos y toma de multivitamínicos, información considerada por la embarazada no muy clara e incompleta. *“Me han informado de algunos, por ejemplo el frotis que le mandan de pronto para alguna infección, lo de la azúcar en la sangre para la anemia, pero bien claramente no le dicen para que es cada uno, para qué sirven los multivitamínicos, sólo le explican una vez, sólo le dicen le vamos a mandar vitaminas nutrientes, que tiene que estar tomando para bienestar de su bebe... el de la farmacia sólo le entrega le dice usted ya sabe cómo tomárselos y ya” (Lidia, 25 años).*

En cuanto a otras recomendaciones sobre alimentarse bien, comodidad del vestido y evitar esfuerzo físico, las embarazadas también las han recibido de la partera. *“la partera me ha dado recomendaciones, son las mismas que nos manda el médico en el*

centro hospital; sobre la alimentación, no hacer tanto esfuerzo, eso, de alimentación de eso no me ha recomendado nada, en los controles del primer niño si me explicaban pero ahora no, sólo me revisan pero no dicen nada” (María, 22 años). Sobre las recomendaciones en otros cuidados para el parto y posparto no se han recibido durante el control prenatal, hecho que genera temor frente a la incertidumbre, en especial en las mujeres primíparas. “Del parto en el centro de salud, eso no me han explicado y tengo miedo porque no sé cómo será... no se... pienso que de pronto más allá nos vayan a explicar pero ahorita no “(Ana Julia, 24 años).

8.3.2.4. Relación médico-paciente

En este punto, los médicos de la E.S.E hicieron referencia a que desde la institución de salud se ha procurado durante la atención a la embarazada, brindar una educación con un lenguaje sencillo, para que las mujeres puedan comprender fácilmente las indicaciones del médico, en especial en lo que tiene que ver con signos y síntomas de alarma, a fin de que busquen ayuda oportuna cuando se presente algunos de éstos. “La atención de las maternas dentro de la institución se ha planteado que se haga de manera integral, teniendo un lenguaje claro a las pacientes en las recomendaciones y en la educación que se hace y los riesgos para que consulten para la atención y una valoración oportuna e integral, eso se ha plateado” (Omar, 24 años). Ante esto, los profesionales entrevistados percibieron que las embarazadas expresaron sus inquietudes en la consulta, en particular las mujeres primigestantes, quienes tenían mayor curiosidad, notándose una disminución en el temor frente a la incertidumbre de los diferentes temas, en especial los relacionados con el parto “La mayoría de pacientes siempre manifiestan sus dudas, que como va a ser su primer embarazo, que cuales son los exámenes, que porque le piden, la mayoría piden información no les da temor, ellas preguntas del parto se adelantan más de lo que van en el embarazo, si tienen mucha curiosidad, las que ya tienen dos o tres hijos ya han vivido el embarazo anterior y no les causan mucha curiosidad, pero en ellas que han tenido algún antecedente en el parto, creen que les va a volver a pasar entonces se les explique según los que se encuentre y ya van calmándose y lo toman con más serenidad” (José, 32 años).

Una de las embarazadas por su parte, expresó sentimientos de desacuerdo con la educación general sobre recomendaciones que recibe de los médicos durante la consulta, además percibió que en ocasiones los médicos tienen actitud de aburrimiento y poca disposición para resolver las dudas de las pacientes. “Casi no explican muy bien de todos los cuidados en el control...en los controles del primer niño si me explicaban pero ahora solo me revisan y no dicen nada...del parto eso no me han explicado” (María, 22 años)

8.3.2.5. Derechos del paciente.

La Institución de salud ha tratado de proveer información necesaria para las pacientes, con el fin de que éstas puedan consultar de manera oportuna los servicios de salud, evitando los riesgos propios de su condición y demoras en la atención. Del mismo modo, no se desconocen los derechos del paciente relacionados con el acceso que cubre el plan obligatorio de salud POS. *“Ellas tienen derecho a lo que ofrece una atención integral de atención en el control prenatal y todo lo que tienen derecho por el carnet de salud, ellas también manifiestan sus inquietudes si no se hace una manifestación abierta, se deben hacer un interrogatorio dirigido para se pueda cubrir las dudas que ellas presenten y se haga una adecuada educación y se disminuya los riesgos y las tardanzas dentro de la misma atención y la misma consulta en caso que la paciente lo requiera”* (Omar, 24 años). Al respecto, una de las parteras manifestó no conocer los deberes y derechos del paciente, pero ha percibido que en varias ocasiones se cometen atropellos con las personas que asisten al hospital, por lo cual la partera brinda orientaciones a la gestante y su familia para que manifiesten las inconformidades en la atención. *“En general quejándose en el hospital tienen que atenderlo bien, yo les aconsejo a la gente que no se dejen, cuando se solicita el turno no lo atiende a la hora que es, pero si uno se demora unos minutos lo dejan de ultimo o no lo atienden, así me paso con un médico. Tenía el control del niño en las mañanas a tales horas lo saque de clases y no me atendieron a esa hora se demoró y el médico me regañó. Allá sólo los atienden si están bien malos si están muriendo”* (Mary, 54 años).

Dos de las embarazadas refirieron conocer de algunos derechos y deberes, los cuales fueron informados durante el curso de preparación para la maternidad y de los medios informativos visuales que divulgan los servicios de salud, *“conozco unos no todos los derechos, yo creo que es a todo lo que uno tiene derecho cuando uno está en embarazo, tiene derecho de ser atendido, y el deber también dejar el aburrimiento porque si uno saca una cita y no va o llega tarde tampoco...porque uno entiende que también hay otros pacientes que necesitan. Los derechos los leo ahí en el centro de salud...ahí hay unos colgados como en una cartelera y también en el curso psicoprofiláctico nos han dicho”* (María, 22 años) pese a esto, una de las embarazadas expresó inconformidad cuando al esposo no le fue posible ingresar a la sala de partos, pues la compañía de la pareja en esos momentos significaba para la mujer mayor seguridad y confianza para el nacimiento de su bebé. *“En el anterior parto que fue en Ipiales a él no lo dejaron entrar...porque allá hacían unas reuniones y si él iba a todas lo dejaban entrar...en cada reunión se firmaba, me gustaría que él esté allí en el momento del parto, porque me da confianza y me siento más segura”* (Lidia, 25 años)

Las dos embarazadas que no habían recibido educación sobre este tema, manifestaron que les gustaría conocer más para estar mejor informadas. *“No conozco los deberes y derechos, eso si nunca me han explicado pero si me gustaría asistir a capacitaciones que de la dirección local o el hospital sobre deberes y derechos del paciente”* (Carmen, 27 años).

8.3.2.6 Satisfacción de las necesidades del paciente.

El médico profesional ha identificado que aspectos como la no remisión inmediata de las embarazadas a otro nivel de complejidad para solucionarle los problemas de salud, ha generado un sentimiento de inconformidad en ellas. *“La gente es complicada de manejar por sus creencias y raíces ellas les gusten que lleguen acá uno ni las examine y ya las esté remitiendo, no se justifica y no alcanzan a comprender que no es sólo llegar y remitir, pero se les explica de la mejor manera con apoyo de la parte de trabajo social de las institución y de los familiares”* (José, 32 años).

Otro aspecto que ha notado uno de los médicos que causa inconformidad con la atención en la E.S.E, es el tiempo disponible para la atención, la falta de personal asistencial y la cantidad de pacientes asignados al profesional que atiende, lo cual conlleva a una atención más acelerada y de poco tiempo, que a su vez genera sentimientos de inconformidad en las grávidas. *“El tiempo es de 40 minutos, de inicio no es suficiente porque faltaría para explicarle más cosas, con la madre se trata de simplificar los más general aunque todo es más importante, por lo que no hay suficiente personal para la comunidad, hay que agilizar un poco más y a veces se quejan o no se sientan satisfechas por eso, toca con uno y otro paciente por eso es complicado, pero es adecuado para nosotros para alcanzar a dar las recomendaciones y toma de medicamentos de forma adecuada”* (José, 32 años).

Las parteras también han percibido que varios pacientes que la consultan para su revisión y tratamiento, llegan posterior a la consulta en la E.S.E, inconformes con la atención recibida en el hospital e insatisfechos con los tratamientos suministrados, no sólo para las embarazadas, sino también para los niños *“Yo curo también a los niños, a veces vienen aquí las mamás y dicen si allá ya fui al hospital y no les hace nada... vienen, entonces ya les miro, los ojitos están bien decaiditos... amarillos y les digo el niño esta amalvientado, toca chuparlo y que lo haga barrer, pero yo las barridas si no he hecho, porque dicen que a uno esa barridas le hacen malo, le pega a uno el mal viento, entonces, el esposo el mejor los barre, con las ramas y los sahúma”* (Flor, 65 años).

En este sentido, las embarazadas manifestaron haber sentido inconformidad alguna vez en los siguientes casos: durante la atención recibida en urgencias por parte del personal médico y de enfermería, debido a la actitud poco empática y a la impuntualidad en la atención con relación a la hora asignada para la consulta, *“que no me gusta es que le dicen que lo van atender en una hora por ejemplo el viernes vine a sacar la cita para hoy y me dijo que tengo que estar antes de las 9: 00m am, eran las 11:00 am y no me llamaban”*, dificultad para sacar la cita, perdida de la historia clínica y la desatención en la pos consulta *“Para sacar la cita, a veces uno llama de la casa y no se pude sacar la cita, entonces hay que venir al centro hospital personalmente a sacar, las llamadas no han sido efectivas”* (Carmen, 27 años). Otro aspecto que expresó la embarazada, está asociado con una conducta médica relacionada con el suministro de un desparasitante, hecho al cual la gestante le atribuye el dolor abdominal y la presencia de sentimientos de temor y angustia sobre la salud de su bebé. *“La atención en salud del centro Hospital, que le digo, pues no me parece muy buena porque ya le comente lo que me pasó que me dieron un desparasitante estando embarazada, entonces no la considero como muy buena”, ahoritica siempre me duele el estómago y no sabemos qué pasa con la salud del bebe y mi embarazo es de alto riesgo.* (Santander, 27 años).

En cuanto a la atención de las áreas administrativas, debido al poco contacto con las mismas, en general se han sentido bien atendidas, y para los trámites de facturación, autorizaciones y retiro de los medicamentos no han tenido dificultades, aunque valoran el trato hacia ellas y la familia desde la institución. *“ Lo que no me gusta del hospital es que unas personas son buenas y saludadoras, porque otras son de un genio que mejor dicho”* (Carmen, 27 años)

Finalmente, sólo una de las embarazadas percibió como buena la atención en salud recibida, pues no ha tenido dificultades durante el control prenatal, tampoco con los trámites de remisiones y medicamentos ordenadas por el médico profesional. *“Pues no he tenido problemas allá, no creo que no se me haya presentado dificultad en los trámites en las remisiones o para retirar los medicamentos”* (María, 22 años).

8.4. Recursos para el acceso y la participación en la salud materna

8.4.1. Recursos de la comunidad

En este contexto los médicos profesionales consideraron que es necesario el apoyo de la comunidad, porque hay pacientes que llegan solas a los controles prenatales, sin ningún acompañante y es necesario el apoyo emocional que se les pueda brindar a las gestantes. *“Si necesitan el apoyo de la comunidad, porque son pacientes*

que necesitan acompañamiento continuo, a veces llegan solas a los controles, no necesariamente deben tener el económico, pero si deben tener acompañamiento psicológico y emocional, para mantener un tipo de bienestar” (José, 32 años)

Uno de los recursos de apoyo que se identificó, fue el programa de familia mujer e infancia FAMI, valorándose el mismo por parte de las mujeres que asisten a sus encuentros, porque además de recibir educación en diferentes temas de la maternidad, se considera como un espacio de aprendizaje de experiencias. De este modo, las primíparas encuentran un espacio para relacionarse unas con otras, compartiendo y aprendiendo de las vivencias relacionadas con la maternidad y la experiencia del parto. Las múltiparas por su parte, encuentran en el programa un lugar para distraerse y recrear a los niños. *“En el FAMI hay otra compañera embarazada las otras ya son los lactantes, esto me ha servido para relacionarme, y en las dos partes me parece buena, en el FAMI y en el curso del hospital, en Córdoba uno aprende más, tienen más información y en el FAMI ya una cosa y otra, casi poco nos dan como esas cosas así...pero es como más para conversar con las compañeras o preguntarles, decirles; hay vea cuanto tiene su bebé, como le ha parecido y es así entonces si son diferentes cosas” (Ana Julia, 25 años).* Así mismo, en ocasiones la madre FAMI ha sido una ayuda para sacar las citas del control prenatal en la E.S.E *“Para sacar la cita a veces voy yo mismo o a veces me dan sacando el turno, doña Estela la de programas FAMI” (María 22 años).*

Las parteras refieren que las gestantes de diferentes veredas buscan ayuda no sólo para la revisión durante el embarazo, sino también para la atención del parto, pues se han visto en la necesidad de atender partos recientemente, aunque en el último año no han atendido ninguno. *“Porque no es a una sola persona que me ha buscado... he bajado a Tequiz, Santa Brígida, para acá al Brasil, a la Cumbre me han llevado. Yo he atendido partos los he recibido en mis manos...este año no...no me acuerdo. Acomodar si, a curarlas faltando unos días (Flor, 65 años).* Además, la partera en mención manifestó que ella es buscada para el tratamiento de enfermedades frecuentes de la mujer, también es consultada para la prevención de otras enfermedades relacionadas generalmente con la salud sexual y reproductiva, a las cuales se les atribuye como causas la falta de cuidados de la salud en tareas cotidianas de la agricultura, tareas domésticas y del clima frío de la región. *“Me necesitan cuando tienen palpitación o la madre regada o por el útero que se baja, que es cuando cargan pesado y cosa que dicen que dolor de la parte baja y les duele la rabadilla (zona lumbar), que parece que va a coronar (parir); entonces les digo esto es por culpa de hacer fuerza... por lo menos las que ya han tenido familia no se puede hacer tanta fuerza como los hombres...trabajan duro cargando bombas, fumigando como si no hubieran tenido hijos y es malo porque se siente después.” (Flor, 65 años)*

En este sentido las gestantes también reconocen la existencia de las parteras y médicas tradicionales de las diferentes veredas del municipio, donde pueden buscar la ayuda que necesitan y recibir los tratamientos a base de plantas o ritos, con el fin de curar males o dolencias durante el embarazo, incluyendo el diagnóstico del embarazo y la prevención en casos de amenaza de aborto, como parte de las labores del oficio de la partera. *“En el Municipio hay artos incluso en Santander hay los que curan, nosotros las del campo acudimos donde la partera, yo he ido donde la señora Otilia dos veces, y donde doña Albina dos veces, allá fue donde yo fui cuando todavía no sabía que estaba embarazada, fui donde ella porque me dolía bien duro la cintura y sangre un poquito y ella me dijo que estaba en amenaza de írseme (amenaza de aborto), ella me hizo poner boca abajo me manteo, después me hizo voltear me y fregó bien despacito la barriga, me mando reposo en la cama y ya ”* (Lidia, 25 años).

8.4.2. Recursos de los servicios de salud

En el contexto de los servicios de salud, los médicos profesionales expresaron que el hospital cuenta con recursos, como la atención integral prioritaria organizada para el control prenatal y el parto con el personal de salud médico y de enfermería, el curso psicoprofiláctico, que es coordinado por enfermería, el suministro de multivitaminas, los exámenes paraclínicos y los promotores comunitarios de salud, quienes hacen la canalización de pacientes a los programas. *“El recurso es la atención integral, se debe tener en cuenta que debe ser una atención prioritaria con respecto al cubrimiento durante todas las etapas de morbilidad para tener en cuenta cuál sería su riesgo y cuál es la prioridad de la atención más importante que otro paciente, porque se trata de una paciente en un estado especial”* (Omar, 24 años)

Las parteras ven el hospital como un recurso muy favorable para la salud de la embarazada, pues aluden que hay procedimientos quirúrgicos como por ejemplo la cesárea, que requieren intervención especializada. Además refieren que después del parto, es necesario que los niños ingresen a los controles. *“El hospital es favorable para las embarazadas y las que están de parto por lo menos para las operaciones, porque hay unas en especial las primerizas son estrechas de vientre... otras son cerradas de hueso, entonces no pueden tener en la casa toca hacerles la operación en el hospital...y otra es para el control de los niños, porque si van cuando ya los niños han salido las regañan, le dicen descuidada ¿por qué no viene? prefiere hacer otras cosa que lo primero... y tienen razón porque no se preocupan para hacerse reparar “* (Flor, 65 años)

Para la embarazada, el programa de control prenatal es una ayuda para confirmar el embarazo y conocer la edad gestacional y el estado de salud del bebé, por medio de exámenes de laboratorio y ecografías obstétricas. Además, han sido

informadas de la disponibilidad del servicio de ambulancia para el transporte desde la casa a los servicios de salud, en el caso de alguna complicación o en la hora del parto. *“Los controles me parecen bueno incluso por ejemplo, que no sabía si estaba embarazada, me tomé varias pruebas en lo particular, y me salían negativas, y en el control prenatal me salió positivo y supe que sí estaba embarazada, además me envían a tomar las ecografías para saber cómo está él bebé y de cuántas semanas estoy, nos dieron el número de la ambulancia para llamar”* (Lidia, 25 años).

8.4.3. Recursos familiares

El médico resaltó la importancia del apoyo familiar para motivar a la embarazada a la asistencia del control prenatal en el hospital. También destacó como un recurso de las mismas pacientes, el conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma que puedan tener, y por los cuales tienen que buscar ayuda en los servicios de salud. Frente a esto, las mujeres refirieron haber recibido educación del tema en los controles prenatales y en el curso de preparación para la maternidad. *“En la comunidad para mejorar uno se necesita como más de incentivar a las personas de la comunidad si tienen algún familiar en la casa que esté embarazada para que le den apoyo que no les den la espalda, que la oriente sobre los controles prenatales, de la salud de la embarazada y el feto, que la comunidad de más, no sólo el sector salud y que no estén separados y que el ente administrativo de intersectorialidad en equipo para incentivar a la comunidad con la dirección local de salud, se puede trabajar la intersectorialidad”* (José, 36 años)

Otro aspecto a nivel individual de la embarazada que identificó el médico profesional, es el estado de salud mental y el estado anímico que pueda tener como un recurso, como un elemento más importante que la misma situación económica que la familia pueda tener. *“Para que las embarazadas estén bien de salud, necesitan primero que todo el estar bien física y anímicamente, porque no nos sirva de nada que vengan bien a todos los controles, pero si tienen problemas personales o de la pareja o con los familiares, eso influye en el embarazo, primero anímicamente, dos físicamente, tres que tengan un adecuado toma de micronutrientes y cuatro que estén al día con los controles prenatales y exámenes solicitados y como quinto que asistan con algún síntoma que se puede manifestar que puede ser algo nuevo que pueda comprometer la salud del feto y la madre”* (José, 32 años).

La percepción de la partera expresó que el acompañamiento de la pareja durante el embarazo es un tema importante para que los niños no sientan rechazo hacia el padre. También es significativo en cada una de las embarazadas fortalecer la autoestima y el autocuidado de la salud, pues la salud mental en la mujer es determinante para su bienestar durante el embarazo. Aunque cabe mencionar que si la mujer no presenta necesidad para solucionar dificultades que puedan presentársele a nivel de salud mental, no es necesario el apoyo psicológico. *“Yo*

digo todo va en la mente, por eso yo me acuerdo cuando trabajé en chaquiñán (fundación), le digo, desde que nuestra mente no este enferma, no pasa nada, pero donde nuestra mente está enferma olvídense, por eso digo; hay mamá María nos deja una buena lección, entonces no hay necesidad del psicólogo, nosotras mismas somos psicólogas” (Mary, 54 años).

Para las embarazadas es muy importante recibir de su familia el apoyo emocional y educativo para el afrontamiento de su maternidad, en especial de la madre y suegra, *“Mis padres me ayudan con concejos, con estar contentos, económicamente no me ayudan, el apoyo es moral porque económicamente tampoco tienen así para ayudarme” (Lidia, 25 años).* Por otro lado, la gestante también resalta la importancia que tiene el apoyo de su pareja en el aspecto económico, debido a que este tema genera angustia a futuro, pensándose en los gastos que representa la llegada de un nuevo hijo. *“En lo moral sí... tengo el apoyo de mi familia y mi suegra y todo están felices con él bebe, en lo económico él pues (compañero) si claro muchas cosas, de igual forma uno no lo tiene todo y a veces le preocupa... ya llega el tiempo y hay que comprarle cosas, uno se pone a pensar tantas cosas... bueno...nosotros no hemos tenido bebes pero ya le dicen... que esto... lo otro y como que uno si se preocupa... pues claro” (Ana Julia, 25 años).*

8.5. Barreras para el acceso y la participación en salud materna

Teniendo en cuenta que las barreras son un conjunto de elementos que pueden estar presentes o ausentes en la comunidad para resolver las necesidades en salud, se busca conocer la percepción de éstas a partir de la narrativa de los participantes desde los servicios de salud, lo personal, familiar y la comunidad misma, relacionándose lo anterior de la siguiente manera:

8.5.1. Barreras de la comunidad.

Las barreras identificadas, por parte del médico profesional, se relacionan con el aspecto geográfico, pues existen veredas muy dispersas del casco urbano donde residen las familias, del mismo modo las carreteras no se encuentran pavimentadas, están en mal estado para el transporte a la cabecera municipal. El poco tiempo disponible de la mujer por el trabajo, también es otro aspecto que le impide cumplir cabalmente con los controles prenatales *“Hay algunas barreras que hace difícil el seguimiento de las embarazadas, por ejemplo, por la distancia de pacientes, viven en zona alejada, por circunstancias de trabajo no pueden ir a los controles prenatales, a pesar que se les brinda la asesoría cada mes, pero algunos controles de parto ése los llevan al segundo nivel” (José, 24 años).* Otra barrera potencial identificada tiene que ver con la falta de confianza de las mujeres para dar a conocer y expresar sus sentimientos y necesidades en la

comunidad, dificultando el conocimiento de situaciones difíciles que puedan presentar las gestantes. Debido a este desconocimiento, los servicios de salud no pueden brindar el apoyo del caso. *“Le dificultan a la materna para que estén bien de salud la falta de confianza con la comunidad, el acceso a las vías, la falta un poquito de conocimiento del embarazo y la gestación, la falta de apoyo familiar y de la comunidad para que puedan asistir a las instituciones de salud”* (Omar, 24 años)

La partera refirió que una situación que influye en la salud de las mujeres puede estar relacionada con la falta de respeto sobre la vida privada del embarazo, pues en varios casos, desde la comunidad se hacen críticas negativas a la vida familiar, lo que a su vez puede estar relacionado con el rechazo del embarazo en el nicho familiar, al ser considerado éste como una conducta incorrecta, en especial en adolescentes primerizas; disminuyendo de esta manera la dignidad en las gestantes y ocasionando afectación en el buen nombre de las familias. Lo anterior deteriora las buenas relaciones familiares y con los circunscritos de la comunidad, afectándose la autoestima de las mujeres en torno al embarazo. Lo anterior forja la necesidad en la partera de brindar apoyo y confianza cada una de sus consultantes. *“Claro para estar bien porque a veces criticamos, esto a la mujer le baja la moral, es como a mí que me criticaron que no podía tener hijos, eso es lo más cruel o a veces dicen que uuuy vea como hizo quedar mal a la familia, entonces a las embarazadas pues más que todo es importante darles amistad, brindarles amistad, acercarnos darles ánimo, no criticarlas hablar con ellas...yo me acerco oigo y les digo que no se les de nada”* (Mary, 54 años). La partera además examina los riesgos del embarazo, como por ejemplo el peligro de aborto o muerte fetal, al cual se le atribuye como causas, además del descuido de salud, las situaciones de estrés por problemas familiares o con la pareja, ocasionados a veces por la intromisión de la comunidad en dichos asuntos. *“Tienen más riesgo de perder él bebe (amenaza de aborto) cuando las regañan en la casa, los padres a veces son jodidos o tienen problemas con el compañero, pues por lo menos sea que no vivan juntos, sea las veces que se encuentran no más... entonces ya les dan cualquier razón del compañero (comentarios) y ahí les da rabia y eso ya son los nervios que dicen, eso es todo el tiempo de embarazo”* (Flor, 64 años).

De manera similar la embarazada expresó que la intromisión de las personas en su vida privada le afectaba emocionalmente y también en las buenas relaciones con la familia. En este punto la investigadora preguntó a la gestante sobre la manera cómo la comunidad podría ayudarle durante el embarazo, obteniéndose una respuesta negativa, puesto que la grávida manifestó que no le podían ayudar de ninguna manera, o que mejor, no necesitaba de la ayuda de la comunidad. *“En la etapa del embarazo me dio cositas como que no le gusta o se reciente por nada y a veces pues no tanto por los de la casa sino por algunas personas particulares, uno no le hace caso casi a los*

rumores pero la gente se avanza mucho, no sé porque si yo no les hago ningún mal” (Lidia, 25 años). Las embarazadas también identificaron que existe poca disponibilidad de transporte para salir desde las veredas al casco urbano, por lo cual se usa la motocicleta comúnmente para el desplazamiento, lo que a su vez les implica otros gastos adicionales. *“Me demoro para ir al control una media hora o una hora cuando toca esperar el carro para salir al cordoba (casco urbano) (Carmen, 24 años)*

8.5.2. Barreras de los servicios de salud

Dentro de las barreras que identificaron los médicos para la asistencia de algunas mujeres al control prenatal, se identificó en primera instancia la falta de confianza y presencia de temor de la comunidad hacia los servicios de salud, sentimientos que pueden estar relacionados con las experiencias previas negativas de la familia o vecinos, con relación a las atenciones en los diferentes servicios de salud. Lo anterior puede estar acompañado de creencias por parte de la comunidad sobre la mala atención del control prenatal y el parto en el hospital, influenciándose por ende en el fenómeno de partos domiciliarios *“Pues como inasistentes existen algunas, por causas unas porque siguen el control en segundo nivel pero son muy pocas, otras no asistan porque creencias de las familiares que acá no atienden bien y lo tienen en la casa y llaman que vayamos a recoger él bebe, pero son escasas” (José, 32 años)*. En segunda instancia se identificó para la gestante la falta de orientación y la carencia de una educación adecuada en lo que tiene que ver con su vinculación al control prenatal, hablándose entonces de una barrera en la captación e inscripción a los múltiples programas en salud. En tercer lugar, se observó que el médico tiene poco tiempo disponible para la atención, en especial para atender en una misma consulta el control prenatal como tal y las morbilidades que presenta la embarazada. En ocasiones la cantidad de pacientes asignados a cada profesional médico, conlleva a una atención de pacientes con rapidez. *“Existen inasistentes al programa, pero se hace una canalización con promotores por cada vereda como se está haciendo, para saber si va a tener la visita domiciliaria y saber cuál es la causa de su inasistencia al control prenatal, ellas no están acostumbradas a la asistencia, más bien es la no adaptación al mismo control. Yo considero que no se adaptan al servicio del control prenatal porque no hay buena educación a la paciente y recomendaciones iniciales” (Omar, 24 años)*

El médico también identificó que en las embarazadas existen sentimientos de temor y vergüenza para mostrar su cuerpo en el momento del parto, por esta razón una de las barreras es la falta de motivación de la gestante para buscar ayuda en el hospital, consultando al final del embarazo o el parto, sin tener los paraclínicos completos para su valoración. Lo anterior puede estar soportado en la

falta de educación sobre el proceso de maternidad y parto. *“En el tipo de atención y control prenatal que se realizaba previamente, en algunas gestantes que no han asistido a los controles prenatales a pesar de la canalización, ellas no han asistido al control por miedo, por vergüenza y llegan sin exámenes de laboratorios completos al momento del parto. Ante esta situación en el momento del parto se completa exámenes paraclínicos, determinar la vía más adecuada para el parto y se debe reconocer si hay riesgo y si es de atención nivel uno o requieren remisión a otra institución”* (José, 32 años)

La partera expresó que dos posibles barreras que hace que las mujeres no asistan al control prenatal, tiene que ver con la vergüenza frente al pudor del cuerpo en el momento del parto y la insatisfacción de la atención recibida durante el control prenatal. *“La gente se entera del embarazo y de la vergüenza que la vaya ver el médico, porque así me decían que me ponen desnuda, entonces yo le decía es que hija le toca así, como lo va a tener como va a salir con toda ropa, así mismo es allá en el hospital; le ponen la bata, la bañan y tiene que abrir las piernas como lo hizo al principio, que le va a dar vergüenza, haga por el bien de su bebé y el bien suyo, se le muere el guagua(niño) y que va hacer* (Mary, 54 años). En este sentido existe temor ante las instituciones de salud, por el hecho de que éstas conozcan de su embarazo antes que la familia, en especial si es primípara. En otros casos, hay vergüenza de las mujeres relacionada con el hecho de que el hospital se entere de sus asuntos privados en torno al embarazo. Dadas estas circunstancias, la partera advierte que es necesaria la capacitación en estos temas. *En todas las mujeres hay vergüenza, es que allí tanta cosa que pasa en esta vida porque a veces traicionamos al marido, el hijo es de otro, es primeriza. Por eso hay que capacitar en eso, porque yo sufría por todo, por las críticas de las vecindades, ahora ya no y se vive más tranquilo”* (Mary, 54 años). Además, una de las parteras identificó que el acceso de las embarazadas al servicio de psicología no está bien orientado, pues se necesita contar con profesionales que conozcan la cultura familiar de la comunidad y el ámbito en que se hace la intervención, con el fin de aumentar su efectividad desde los servicios de salud. *“Necesitamos el apoyo de los profesionales, pero que enseñen la vida como es el respeto, la obediencia... una vez me llamaron y él psicólogo no estaba y me dicen que ya me iban a llamar para avisarme, cuando yo ya estaba allá. El apoyo psicológico falta arto (mucho) no le está dando el hospital. El psicólogo debe conocer el ambiente familiar de las comunidades, en lo rural, en lo urbano, como es nuestra cultura, que no se base solo en lo profesional lo que aprendió de él, primero empieza por el hogar vaya valore y luego dele el tratamiento”* (Mary, 54 Años)

Entre otras barreras de los servicios de salud, se encontró que las embarazadas consideran que el tiempo para la consulta del control prenatal es muy corto e insuficiente para realizar una adecuada atención. No están de acuerdo con el tipo de valoración física, puesto que los médicos se han limitado a escribir. Las gestantes sienten temor para manifestar sus inquietudes por la actitud poco

amable y superficial del personal médico y de enfermería durante la consulta y el servicio de urgencias. Para las actividades grupales de capacitación no todas las embarazadas han recibido información sobre la importancia de inscribirse en el curso, obteniéndose por ello una baja asistencia; algunas de las que asisten al curso psicoprofiláctico percibieron falta de organización en los temas tratados, donde el capacitador se limitó a leer los contenidos de la conferencia. Dichos aspectos fueron posibles de contrastar con la realidad mediante la observación, evidenciando que son muy pocas las mujeres que asisten a dichas actividades grupales, no cumpliéndose de esta forma el objetivo del curso que tiene que ver con capacitar a padres y madres para una maternidad segura.

En última instancia se refiere que las parteras no conocen las rutas de atención que tiene el hospital para atender el parto o una emergencia obstétrica. Manifiestan no conocer el número telefónico de los servicios de salud para contactar una ambulancia en caso de ser requerida. *“No nos han capacitado en eso, antes si tenía los números en un papel pegado, los tenía de todas las instituciones, ahora no tengo nada, donde se perdería, pero claro, tiene la razón, es importante tenerlo”* (Mary, 54 años).

8.5.3. Barreras familiares

Las gestantes no identificaron barreras familiares ni personales que se les haya presentado durante el periodo gestacional. Por su parte, el médico profesional refirió que la embarazada tiene sentimientos de incertidumbre, debido al desconocimiento sobre la experiencia de parto, en especial en las primerizas. Por su parte, las multíparas tienen miedo de repetir experiencias difíciles o negativas, que experimentaron en el primer embarazo, relacionadas con enfermedades o complicaciones.

Otra de las barreras identificada tiene que ver con el poco tiempo disponible de la mujer para asistir a los programas y servicios de salud, debido a las múltiples ocupaciones de la familia, hogar y trabajo.

La partera refirió por su parte, que economía familiar, la situación laboral de las gestantes y la misma cultura donde se encuentran inmersas, influyen en la salud de las mujeres. *“Aquí todo es difícil, lo económico a veces no hay, el trabajo ya una cosa y otra, si no de que se vive y en sí pues, la misma cultura, todo...”* (Mary, 54 años).

El médico y la partera expresaron unánimemente que otra barrera identificada para la afectación de salud de la gestante es la violencia de pareja, puesto que en la mayoría de los casos se desconocen dichas situaciones, frente a lo cual las

familias ocultan los hechos y no denuncian por miedo a los agresores y a la crítica de la comunidad *“También se presentan, los golpes, si no que a veces todo tapamos, nos quedamos calladitas de todo lo que se sufre”* (Mary, 54 años).

9. DISCUSIÓN

Desde dos corrientes de pensamiento, la medicina moderna, le otorga un significado al concepto de salud, como un bienestar Biopsicosocial del ser humano, que a su vez, se liga a una visión epistemológica positivista de la realidad humana (27), para lo cual, desde la organización de los servicios en salud, se pretende el cumplimiento de los programas como unas directrices políticas, de nuestro Sistema de Salud. Mientras que desde la medicina tradicional, se concibe la salud y el ser humano en un sentido más holístico, valorándose otras dimensiones en torno al equilibrio espiritual y a las relaciones de confianza con los demás, que orienta la efectividad preventiva y/o curativa de sus tratamientos a mujeres y niños de la comunidad.

Se concibe en la comunidad, la maternidad como una etapa difícil y una experiencia única en la vida de la mujer, en la cual, por un lado, se reconoce la importancia del papel del médico en la determinación del estado de salud y en el tratamiento de las enfermedades, como algo que está socialmente aceptado, por los demás. Por el otro, se valora el papel del médico ancestral y la partera como un recurso alternativo de atención en salud tradicional. Dicha atención, la cual es de tipo profiláctica en la prevención de complicaciones maternas y perinatales, se encuentra disponible a un menor costo, más accesible, es valorado por las familias y se ha legitimado en la comunidad; no solo para la atención durante la maternidad, sino que abarca diversas intervenciones en la dimensión de la salud sexual y reproductiva, y en el ámbito de la salud infantil, con la cual, las mujeres han logrado aliviar sus dolencias, sentir mejoría, sentirse satisfechas con sus resultados y por ende la recomiendan a otras mujeres.

También se resalta en particular, que en la práctica de los cuidados tradicionales en la salud en la salud sexual y reproductiva, las mujeres utilizan, tratamientos propios, ritos y técnicas como el acomodamiento de la posición del niño, el manteo, el encaderamiento y el parto vertical, durante los cuales, el uso de las

plantas medicinales es esencial en el tratamiento de las diversas enfermedades y el alivio del dolor. Además se resalta del médico ancestral, el fomento de las relaciones humanas de confianza y la importancia de una educación minuciosa, con el fin de encaminar de manera adecuada el diagnóstico y los tratamientos. En este sentido, según Leininger (1960), se valora un sistema de cuidados, en el cual está inmersa la cultura de la comunidad (67), así mismo, las visiones y concepciones del proceso de sanar el dolor y la enfermedad de la mujer durante la gestación, parto, pos parto y lactancia materna, son pensamientos que guían el accionar de la práctica de la medicina tradicional en la comunidad, en torno a la prevención de las enfermedades en mujeres y niños. De esta manera la medicina tradicional se arraiga y se legitima en los colectivos, como parte de un estilo de vida, aspecto tan importante que debe ser valorado a la hora de pensar en negociar, alentar o desalentar una práctica de cuidado de la salud.

En medio de estas dos formas de ver y concebir el proceso salud-enfermedad, las mujeres, sienten temor a la enfermedad, especialmente durante el embarazo y el parto, lo que puede estar relacionado con la desconfianza ante los procedimientos, el poco respeto del pudor y la falta de humanización de los servicios de salud. Siendo dichos aspectos, similares a diferentes colectivos, es decir, no se presenta exclusivamente en las comunidades indígenas, pues son característicos a la mayoría de servicios de salud y subyacen de nuestro modelo de Salud Colombiano. Se resalta en particular, entonces, que ciertos temores que expresan las mujeres de la comunidad indígena, también pueden estar asociado a las acciones de sincretismo o uso simultaneo de las dos corrientes de la medicina, que se hace durante la atención prenatal, parto, pos parto y lactancia materna, especialmente cuando por el personal de salud se proscriben ciertas creencias y prácticas que se han legitimado en la comunidad.

Además estos sentimientos de temor hacia los servicios de salud, lleva a las mujeres a ocultar sus prácticas de autocuidado, lo que puede estar relacionado con la actitud de timidez, de reserva con la información de su vida personal y familiar y la no expresión de sus necesidades en salud durante la atención prenatal. También, estos sentimientos de miedo y de ser juzgados, se identificaron en médicos ancestrales y parteras, como resultado de un rechazo a los conocimientos y a la práctica de lo propio, a la exclusión de la medicina ancestral en la praxis de la salud pública y a una falta de gobernanza a nivel local.

Ahora bien, los médicos ancestrales y parteras, expresan desacuerdos y diferencias frente al papel que desempeñan los servicios de salud en aspectos

como; la educación en los temas de salud sexual y reproductiva, la falta de una intervención psicosocial efectiva en las familias, la incomodidad y el dolor que ocasionan en la mujer las técnicas como el tacto vaginal y la posición horizontal adoptada para el parto. Al respecto, dichas diferencias por un lado, no solo son el resultado de diversas creencias y prácticas, en dos mundos culturales distintos, sino que me conlleva a pensar en unos sistemas de cuidados culturalmente diferentes, que subyacen de una estructura social y de unas relaciones desiguales de poder, que vienen desde mucho tiempo atrás. Por lo tanto, la interculturalidad en salud, no solo significa una relación entre prácticas de dos corrientes de pensamiento, sino que puede ser vista, en otro sentido, como un proceso político de discusión y construcción dialógica del desarrollo socioeconómico, entre actores, sectores y comunidad, en el cual la investigación es el fundamento de la transformación hacia nuevo pensamiento para la salud pública.

Según Katherine Walsh (2010), dichas diferencias y dificultades entre las dos corrientes de pensamiento de la salud, no solo están relacionadas con la diversidad cultural entre grupos, sino que implica una nueva forma de pensar la interculturalidad como una estrategia, acción y proceso, permanentes de relación y negociación, que se construye desde la gente, y requiere un nivel de análisis desde lo estructural de lo “étnico-racial-colonial” (55). Por lo tanto, mi postura frente a la interculturalidad crítica, parte de que existe un tipo de violencia simbólica de lo epistémico, es decir que está relacionado con las cosmovisiones y concepciones de la salud y del ser humano, de donde se desvaloriza lo propio del pensamiento y por tanto, la práctica de las comunidades, esto a su vez, se traduce en una forma de dominación étnico-racial histórica, de opresión de clases sociales y de género, que siempre han estado presentes como determinantes en los problemas de salud pública. Esta forma de violencia, se traduce, además, en la existencia de diversas barreras de acceso a los servicios de salud, en especial para los pueblos indígenas y afrodescendientes que padecemos las desigualdades sociales, y se refleja entonces, en un tipo de exclusión social y olvido hacia los más pobres, como la etnia Pasto Quillasinga que se encuentra en el Departamento de Nariño.

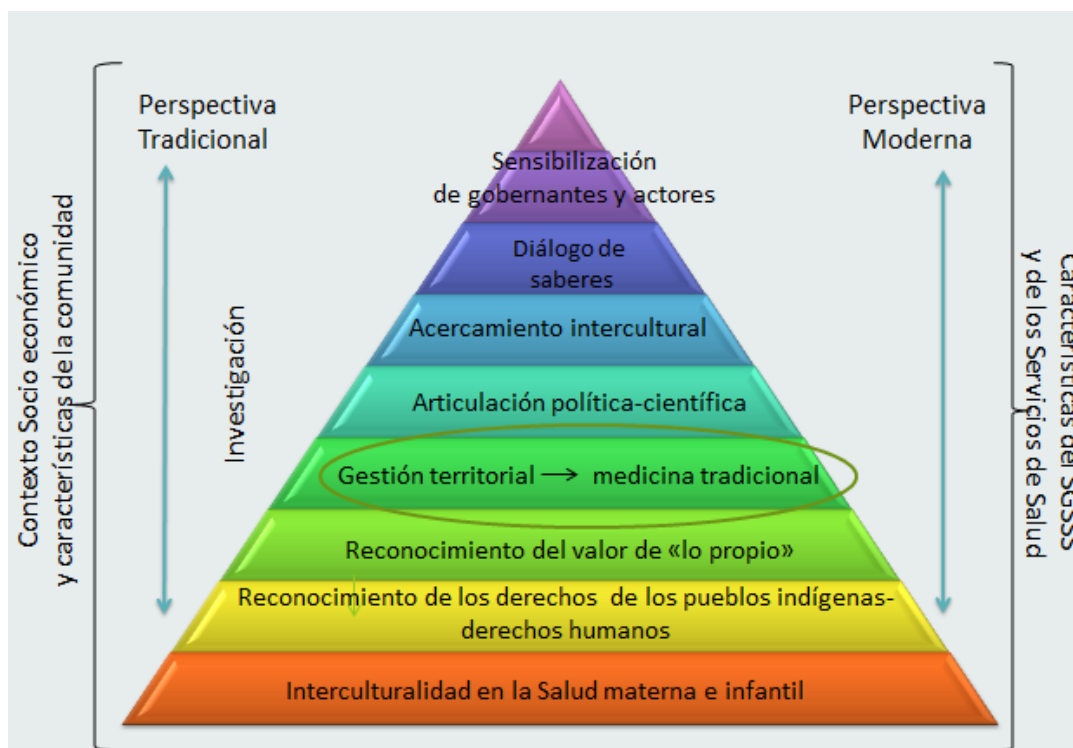
En relación al parto vertical, se han demostrado que este ofrece ventajas significativas a diferencia del parto horizontal, siendo un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y satisfactorio para la mujer (68). No obstante, en Colombia, se ha dado poca importancia a la inclusión de dicha práctica en las políticas públicas en salud y a la investigación de la efectividad de otras técnicas propias, utilizadas por las comunidades indígenas; así como también se ha

subvalorado los beneficios de la etnomedicina; los cuales podrían contribuir, no solo en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, sino también en el desarrollo socioeconómico de las Regiones.

Entonces, es importante resaltar que en las comunidades, se ha preservado el conocimiento de lo tradicional en torno a los cuidados de la salud, gracias a un diálogo de saberes entre familias, amigos y vecinos, por muchas generaciones. Pero, estos conocimientos también se han visto influenciados por los procesos históricos de una modernidad capitalista, de una globalización y la introducción de las nuevas tecnologías, es decir han sufrido un proceso de transformación de lo tradicional, un cambio de la manera como se concibe el mundo y al ser humano y por ende, de la práctica misma de la medicina tradicional que hoy se mantiene vigente, lo que a su vez se traduce en un procesos de desvalorización de lo propio de las comunidades no solo en el ámbito de la salud, sino que hay un sentir de pérdida de lo culturalmente identitario de nuestras comunidades.

En este sentido, cuando se plantea aspectos como los enfoque territorial, étnico y diferencial, en los planes territoriales de Salud Pública, se habla de derechos humanos en todo sentido, sin embargo, el panorama difiere de cómo se piensa las políticas públicas frente a cómo se actúa en la práctica y de sus implicaciones. El pensar en un acercamiento intercultural es un inicio de sensibilización humana, pues no solo requiere el análisis local de la situación en salud de comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinos, sino que debemos remontarnos a un análisis a nivel estructural de las condiciones sociales, políticas y culturales que afectan la salud de los colectivos. Debemos reflexionar, por ejemplo, sobre conceptos como globalización versus diferenciación y rescate de lo tradicional, que influyen en las comunidades en un contrasentido y están implícitos en los problemas de la salud pública, (ver gráfica N° 4)

Figura N° 4. Perspectiva de la interculturalidad en la salud materna e infantil



Fuente: Elaboración del estudio, 2016

Además, en la construcción e implementación de las políticas públicas en salud, se carece de visión dialógica de pensamiento hacia el avance económico y social, en función del desarrollo científico; es decir trabajar sobre el reconocer de los tratamientos tradicionales y el uso de las diversas plantas naturales con un mayor criterio científico. Por lo cual, también es necesario un cambio de pensamiento en el ámbito académico, relacionado con la introducción de una cátedra de la medicina tradicional, como parte de una educación intercultural, aspectos que podrían contribuir a la solución de múltiples problemas en salud pública, (ver figura N° 4).

De manera esquemática en la tabla número cuatro, se presentan, las diferencias entre las perspectivas de la medicina occidental y del saber tradicional, como un factor necesario para comprender la dinámica de la salud materna e infantil, en el contexto.

Tabla N° 8. Diferencias explicativas entre perspectivas occidental y tradicional en un acercamiento a la comprensión de la salud materna intercultural

Componentes	Perspectiva Occidental	Perspectiva tradicional
Epistemológico	Basado en la evidencia científica. Ciencia positivista.	Basado en un conocimiento empírico social, espiritual y religioso.
Cosmovisión Salud	Visión particularizada de lo biopsicosocial para alcanzar el bienestar.	Visión holística basada en el equilibrio físico, emocional, espiritual y fortalecimiento en la relación de confianza para lograr los efectos del tratamiento.
Cosmovisión Servicios de salud	Orientado al cumplimiento de los programas acorde a los lineamientos normativos del sistema de salud.	Una atención necesaria pero poco integral. En desacuerdo con la práctica del parto horizontal y el tacto vaginal.
Cosmovisión Medicina tradicional	Conocen que se practica en la comunidad un tipo de creencias y costumbres por parteras, médicos y sobanderos.	Reconocen el alcance de los beneficios de la medicina ancestral y la situación de desvalorización. Tendencia a ocultar sus prácticas por temor a los servicios de salud.
Papel del médico/ y el sabedor.	Se reconoce por la comunidad. Está socialmente aceptado en el sistema de salud.	Se reconoce por la comunidad. No esta aceptado en el sistema de salud.
Aprendizaje	Educación formal. Por inclinación profesional en la rama de la medicina.	Trasmitida en la familia mediante la oralidad. Por vocación y necesidad.
Cosmovisión de la maternidad	Etapa que trae cambios físicos y sociales que requiere apoyo psicosocial.	La razón de ser de la mujer. El cuidado de la mujer y el niño desde el embarazo hasta la lactancia es esencial.
Cosmovisión del control prenatal	Pretende una atención integral y prioritaria para las mujeres durante los nueve meses.	Un procedimiento sencillo de revisión cada mes, no enfatiza en examinar al hijo y en educar a la mujer.
Causas de consulta de la mujer.	Infecciones urinarias, hemorragia, preclampsia, dolor.	Dolor, síntomas urinarios, hemorragia, amenaza de aborto, aborto inducido, problemas emocionales.
Causas de la enfermedad	Factores de riesgo genético, causas externas, desequilibrios fisiológicos.	Desequilibrios ambientales, sociales, físicos, emocionales y espirituales.
Técnicas utilizadas	Tacto vaginal Parto horizontal	Acomodamiento. Encaderamiento. Parto Vertical.
Nivel de intervención en la salud materna	Prevención Recuperación Rehabilitación	Promoción Prevención

Fuente: Elaboración propia del autor con base en Parra (25).

Por otro lado, desde la observación en el entorno y de la narrativa de los participantes, se identificó los recursos y las barreras presentes tanto en la comunidad, la familia y en los servicios de salud, que inciden en la salud materna e infantil y en el acceso a los servicios de salud así:

La comunidad no percibe la existencia de barreras de disponibilidad de recursos por parte de los servicios de salud, pues, las mujeres, además de darle importancia al papel del médico profesional en la comunidad; también, valoran los beneficios del programa de control prenatal, y las parteras resaltan tanto los equipos para la atención de la emergencia obstétrica, como el transporte asistencial básico, para la remisión de pacientes a otros niveles de complejidad.

También el curso de preparación de la maternidad y el promotor comunitario de salud, podrían ser una red de apoyo importante en el proceso de la maternidad, procurando llegar a todas las mujeres con la educación y la información, el apoyo con las citas médicas y otros trámites para acceder a los servicios. Al respecto, las condiciones de capacidad local de las instituciones de salud para la organización de los servicios en talento humano, en poblaciones de bajos recursos, se constituyen en factores predictivos de la utilización de los servicios maternos (40), así mismo, el apoyo que puedan encontrar las mujeres de estas instituciones, se convierten en facilitadores para la adherencia al control prenatal (38).

Otro recursos identificados a nivel comunitario, lo es el programa mujer familia e infancia (FAMI), como una red de apoyo y un espacio de aprendizaje en torno a la maternidad, que encuentran las gestantes, además de favorecer, las relaciones sociales con otros y la recreación para las mujeres y los niños. A nivel familiar, la participación de otras mujeres de la familia durante el embarazo, se constituye en una herramienta para orientar el autocuidado de la salud y en el afrontamiento de la maternidad, pues el apoyo social recibido, es un soporte emocional ligado a lo moral y al fortalecimiento de la autoestima. De esta manera el apoyo social, emocional, material e instrumental (69) que proviene de diferentes espacios y que gira en torno a la mujer, brinda unos beneficios para su salud y se convierte en un recurso para el afrontamiento de los diversos cambios, que trae consigo la maternidad, como una nueva etapa en la familia.

En este contexto cultural, el apoyo recibido por el compañero se valora en el sentido de una ayuda material, que alivia las preocupaciones relacionadas con los gastos que implica el parto y el recién nacido, lo que puede estar relacionado con una cultura donde se acentúa el machismo desde un proceso histórico patriarcal, aquí la mujer se ocupa de las labores domésticas y del cuidado de la familia y el hombre se ocupa de las labores del campo, que le ocupan todo el tiempo y que no le permiten compartir de otra manera el embarazo con la pareja; además porque el cuidado y la crianza de los hijos, es una tarea culturalmente asumida por la mujer. En este sentido, el apoyo de la familia y el compañero también se convierte en un facilitador importante para la adherencia al control prenatal (38).

Por otro parte, cuando el médico ancestral decide compartir la atención de manera simultánea a los servicios de salud y remitir a las mujeres para el control prenatal y el parto hospitalario; la atención tradicional, deja de ser una barrera para la utilización de los servicios de salud y se convierten en un recurso alternativo que se encuentra disponible en la comunidad. Como por ejemplo, cuando en la consulta, se identifican situaciones como dolor e inestabilidad emocional, relacionados con eventos de violencia de género y problemas intrafamiliares; la partera educa frente a la denuncia de los casos y remite a los servicios de salud para su intervención.

Teniendo en cuenta que la educación y la información sobre la enfermedad son elementos facilitadores de la atención en salud (34,38), en la exploración sobre estos elementos, se notó que las mujeres recibieron la información necesaria para reconocer los signos y síntomas de alarma. De igual manera, la partera educa sobre riesgos y cuidados en la salud materna e infantil. Sin embargo, al conocimiento de las mujeres sobre estos, cuando deciden buscar ayuda de los servicios de salud, no la encuentran de manera oportuna y/o adecuada, convirtiéndose esto a su vez, en una barrera de adherencia al control prenatal.

En otro sentido, se identificaron también, barreras geográficas y la poca disponibilidad de transporte a nivel rural, que influyen en el tanto en cumplimiento con las citas programadas, como en el acceso oportuno en los casos de requerir atenciones prioritarias. En otros casos, la debilidad en la organización de las estrategias de atención primaria en salud, (38,41), como por ejemplo, la falta de planeación e información sobre las estrategias que adelantan las instituciones de salud en pro de la salud materna, tales como la capacitación, poco apropiada al nivel cultural del público, y la debilidad en la canalización de pacientes a

programas, se convierten en barreras para asistir adecuadamente al control prenatal y a otras actividades de prevención de la enfermedad.

Se debe tener en cuenta que las poblaciones con menos ingresos económicos, como en el caso de las comunidades indígenas, enfrenta un mayor gasto del bolsillo, siendo las más afectadas las mujeres (70). De esta manera, los costos que asumen las mujeres, por compra de medicamentos no cubiertos por el plan de Beneficios de salud, y las dificultades económicas para asistir a las instituciones de salud(17), se constituyen barreras importantes de la accesibilidad financiera de las familias más pobres a los servicios de salud (36).

También, la poca disponibilidad de los profesionales para la atención en salud, en las zonas rurales, y la alta rotación de personal, conllevan al médico a prestar una atención materna, más ágil, menos oportuna y a una educación más generalizada, lo que a su vez conlleva a una atención poco adecuada en relación a la pertinencia y continuidad en el proceso de atención, a su vez, genera, sentimientos de insatisfacción, que puede influir en la adaptabilidad y el contacto con los servicios de salud. Del mismo modo, los sentimientos de temor hacia los profesionales de salud y a la pérdida de tiempo, son una causa de la inasistencia a las citas programadas(38), y una barrera para que las mujeres expresen sus experiencias de cuidado durante la maternidad (41).

Otras situaciones que alguna vez experimentaron las mujeres tales como; dificultad para sacar la cita telefónicamente, demora en la atención a la hora asignada, confusión de la historia clínica, desatención en pos consulta y temor frente a la salud del hijo relacionado con un error en la conducta médica, son situaciones que generan inseguridad del paciente e insatisfacción con los servicios de salud, que también se convierten en barreras para la adherencia al control prenatal.

Los eventos de mortalidad materna y perinatal se relacionan con la falta de reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, la calidad de la atención durante los controles prenatales y en la emergencia obstétrica(43). En el caso particular de la comunidad, las mujeres reconocen y acuden a los servicios de salud por signos y síntomas de alarma como hemorragia y dolor de cualquier tipo, sin embargo, la poca empatía de los profesionales y la no resolución de sus necesidades, en especial las relacionadas con el alivio del dolor, suponen,

también la búsqueda de otras alternativas en la atención, como la atención tradicional, el pago de un médico particular o búsqueda de la atención en otras instituciones de salud de mayor distancia, generando un aumento en los costos en la salud de la familia. Otras mujeres que no cuentan con los recursos económicos o que no mejoren con el uso de la medicina tradicional, pueden descuidar su salud, presentar complicaciones, aumentar la re consulta y el ingreso por urgencias.

Finalmente, entre otras barreras para la adherencia del control prenatal, se encontraron; las experiencias previas negativas de la atención en la familia o vecinos y una orientación y educación poco adecuadas en cuanto a beneficios del programa del control prenatal, en el momento de la canalización temprana a los programas de salud materna.

Por otro lado, las barreras familiares identificadas desde las narrativas de los participantes como; dificultad por parte del médico para conocer del apoyo familiar que cada una de las embarazadas tiene y la no expresión abierta de sus sentimientos y necesidades, puede estar relacionado con el temor a los servicios, la desconfianza en la comunidad, la crítica negativa o la no aceptación del embarazo en la familia y la intromisión de la comunidad en la vida privada de la familia, este último, en especial en mujeres solteras, adolescentes y añosas. Aspectos que estar inmersos y fuertemente arraigados culturalmente en la comunidad.

Dichas situaciones, además pueden afectar de cierta manera la salud mental de la mujer relacionada con la sensibilidad emocional del embarazo mismo, generando a su vez situaciones de estrés, depresión y conflictos familiares y un ocultamiento del embarazo que conlleva a una consulta tardía a los servicios de salud. En otros casos, estas situaciones pueden estar relacionadas con conductas de aborto inducido; hecho ante el cual las parteras expresan rechazo, sentimientos de descuerdo con las familias y con la con la connotación que a veces se ha hace de los médicos tradicionales hacia una práctica de la Brujería, lo cual va en contrasentido a la esencia de la medicina ancestral.

Lo anterior además, ha influido en la identificación e intervención oportuna de eventos de interés en salud pública como la violencia basada en género VBG, la cual, se presente durante el embarazo a nivel físico y psicológico, y puede estar relacionado con una atención prenatal tardía y un número menor de consultas de

control prenatal (71). Además a este evento están relacionadas las patologías del embarazo, las complicaciones en el parto y un número mayor de cesáreas (72), un mayor número de hospitalizaciones y de niños con bajo peso al nacer, que a su vez pueden estar relacionado con eventos de mortalidad perinatal (71).

La falta de tiempo de la mujer por su diferentes roles en la familia, se convierten en una dificultad para que la embarazada pueda asistir a todas las actividades programadas desde los servicios de salud y de otros programas sociales que pueden ser experiencias significativas como redes de apoyo.

Ahora bien, las mujeres legitiman los beneficios de las plantas medicinales, de los ritos y de las técnicas utilizadas para el alivio del dolor durante la revisión prenatal, lo que puede convertirse en una barrera para el uso de los servicios de salud e influir en la asistencia a los controles prenatales y al parto institucional de manera oportuna.

Finalmente, el desconocimiento del entorno cultural, el poco conocimiento en la comunidad de las rutas de atención en salud y la falta de claridad en los temas del enfoque étnico en los programas de salud pública, se convierten en barreras para la atención en salud. Al mismo tiempo, pueden ser retos y oportunidades de mejoramiento, relacionadas con las acciones de intervención en el marco del plan Decenal de salud Pública 2012-20121, que plantea la inclusión del enfoque étnico e intercultural en las intervenciones en salud pública (73), y como elementos que aportan a la comprensión tanto en el diseño como la evaluación de los modelos de atención en salud para poblaciones indígenas(74).

A continuación se describe a manera de resumen los recursos y barreras más relevantes que se presentan en el contexto, teniendo en cuenta las características del sistema de salud, que influyen en la salud de las mujeres y los niños de la comunidad.

Tabla N° 9. Recursos y barreras que influyen en la salud de las mujeres y los niños, teniendo en cuenta las características del Sistema de seguridad social en salud.

Características	Recursos , facilitadoras	Barreras
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> -Educación en signos y síntomas de alarma -Importancia del médico en la comunidad. -Ayudas diagnósticas del control prenatal, equipos y ambulancia. -Curso psicoprofiláctico y promotores. 	<ul style="list-style-type: none"> -Debilidad en la organización de las estrategias de atención y rutas. -Poco tiempo para la atención del paciente. -Debilidad en seguimiento Psicosocial.
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> -Redes de apoyo: familia, compañero, programa FAMI, otras embarazadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vías en mal estado. -Lugares difícil acceso. -Dificultad con el transporte. -Poco tiempo de la mujer, diversas ocupaciones con el trabajo y la familia. -Gastos en transporte y medicamentos. -Tramitología. -Desconocimiento de las rutas de atención.
Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> -Conformidad con la atención del personal administrativo. -Conformidad con la atención amable del médico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inconformidad con las citas, la actitud del profesional, el tiempo de atención, la resolución de la necesidad en salud y el curso psicoprofiláctico. -Desconfianza en los servicios e instituciones de salud. -Temor de la mujer a los servicios de salud. -Debilidad en la educación en salud.
Contacto	<ul style="list-style-type: none"> -Motivación del médico y la partera para trabajar conjuntamente -Se requiere que el promotor cubra todas las familias en acciones de demanda Inducida. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento del enfoque étnico en las políticas de salud pública y Poca motivación por los tomadores de decisiones. -Poca motivación de la familia y la embarazada para consultar. -Legitimación de la medicina tradicional.
Cobertura efectiva	<ul style="list-style-type: none"> -Inasistencia a programas, hay partos domiciliarios y complicaciones en recién nacidos. -Todas no tienen seguimiento psicosocial. - Baja asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad. 	
Temas urgentes Por resolver	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilancia en salud pública en evento de muerte fetal. -Vigilancia en salud pública a eventos de violencia basada en género e intrafamiliar. -Trabajar desde la política de talento humano en humanización de los servicios de salud. -Sensibilización a los tomadores de decisión en los problemas de salud pública. 	

Fuente: Elaboración propia del autor, con base en las características del modelo de evaluación de cobertura de los servicios, de Tanahashi,(1978).

10. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

El diseño seleccionado para la presente investigación, permitió estudiar, conocer y valorar desde las observaciones y las narrativas de los médicos tradicionales y los profesionales de salud, sus pensamientos y expresiones, y conocer los sentimientos de las embarazadas frente a los diferentes temas planteados, en torno al problema de salud pública materna, teniendo en cuenta, los objetivos planteados en el presente estudio.

Se realizó una amplia revisión documental tanto de la perspectiva teórica del marco conceptual, como del diseño del estudio y los métodos de análisis, lo cual posibilitó el tratamiento de los resultados con rigor metodológico, además, permitió comprender a profundidad y de forma complementaria las diferentes perspectivas de los participantes en el contexto.

El hecho de pertenecer a la comunidad y conocer un poco más del contexto y la cultura de los participantes, fue de importancia para la comprensión, interpretación y el análisis de los resultados, especialmente en la interacción con los médicos ancestrales, quienes tienen un mayor arraigo sobre las prácticas y las creencias tradicionales en salud.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Se encontraron dificultades relacionadas con la disponibilidad de los profesionales de la salud para colaborar con el presente estudio, ostentadas por falta de tiempo, poco interés y rotación de personal de enfermería, lo cual retrasó el inicio de la recolección de la información. Así mismo, se consideró importante explorar un poco más sobre la participación de la familia durante el embarazo, lo cual no fue posible, puesto a que no se incluyó a ningún miembro familiar en la población participante.

Sin bien el estudio consideró la participación de mujeres, que se encontraban asistiendo al curso de preparación de la maternidad, como aquellas que no habían asistido ninguna vez, se vio limitado al no considerar aquellas que no habían asistido al hospital a los controles prenatales. Es decir, las mujeres que no habían tenido contacto con los servicios de salud, lo que impidió explorar otras situaciones relevantes en el contexto del acceso a los servicios.

Finalmente, las condiciones de accesibilidad a los lugares donde se encontraban algunos de los participantes, dificultaron el cumplimiento de las actividades de campo en los tiempos programados inicialmente y aumentaron los costos del transporte durante la investigación.

12. IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

La reflexión sobre las implicaciones de esta investigación para la salud Pública, debe situarse desde los diferentes ámbitos.

La práctica de la medicina tradicional se mantiene vigente en las comunidades indígenas, lo cual implica para la salud pública desde un ámbito político, el diálogo constructivo, la sensibilización y la investigación, como estrategias para un acercamiento a los procesos de construcción de planes territoriales en salud y políticas públicas, con un enfoque étnico e intercultural. Esto incidiría a su vez, en un proceso de concienciación sobre las condiciones sociales y económicas de las comunidades indígenas, las estrategias para la superación de la pobreza y de las condiciones de salud en los colectivos.

En el ámbito científico, implica para la salud pública, hacer una revisión del tema y soportar con un mayor criterio científico, el conocimiento empírico que se fundamenta desde la perspectiva de salud tradicional, relacionado con el uso de las plantas medicinales, las técnicas ancestrales y algunos de los ritos usados para el tratamiento del dolor y de las enfermedades de las mujeres y niños.

En el ámbito de los servicios de salud, implica valorar el contexto cultural, las características de la comunidad y las condiciones socioeconómicas, en las cuales viven y trabajan las familias, como indispensable, en los procesos de reorientación de programas y planificación de servicios de salud. Además, es importante dentro de la implementación de las intervenciones en salud pública con comunidades indígenas, valorar el cuidado de la salud, el autocuidado y la educación como fundamentales en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, retomando las experiencias aprendidas y las prácticas ancestrales con efectos positivos en la salud de las comunidades.

En el entorno familiar, social y comunitario se presentan múltiples dificultades que pueden también influir en el acceso a los servicios y a la adherencia a los programas maternos infantiles, los cuales merecen un trabajo coordinado desde los actores, instituciones, autoridades y por supuesto, una participación activa de las familias y los sabedores ancestrales; tanto, en la implementación de acciones tendientes a fortalecer el seguimiento psicosocial, el apoyo emocional y las redes de apoyo como contribuyentes del bienestar de las personas; como también, en la intervención de temas urgentes por resolver tales como; la muerte fetal, el aborto, la depresión y la violencia de género, situaciones que a su vez, pueden desencadenar mayores efectos negativos para la salud.

13. CONCLUSIONES

Explorado las cosmovisiones de la salud, se encuentra que hay posibilidades de un acercamiento intercultural a nivel local, pues, desde las dos perspectivas de la salud, se reconocen las diferencias, los alcances y los beneficios de cada una, además de la necesidad de complementar, tanto el conocimiento de las enfermedades, como el tratamiento de las mismas. Sin embargo, los tratamientos propios, las técnicas y la etnomedicina no han tenido importancia frente a un avance económico y social, en función del desarrollo científico.

La práctica de la medicina tradicional, se preserva y se legitima por la mujer, quien culturalmente ha asumido las tareas de los cuidados en la familia, por lo cual no solo se ha convertido en una alternativa de atención disponible y más económica para preservar la salud materna, sino que es utilizada para la prevención de las enfermedades y complicaciones, en ámbito de la salud sexual y reproductiva y de la salud infantil. No obstante al reconocimiento de la medicina tradicional por sus beneficios y al aporte que hace frente al cuidado de la salud de los colectivos, existe actualmente una situación de exclusión de lo tradicional, en sistema de salud, lo que incide en la desvalorización de lo propio y en la pérdida de la identidad cultural de los pueblos indígenas. Procesos que se remontan a una inequidad social, que subyace de la diferencia de clases y de un proceso de dominación étnico-racial, que deben ser pensados desde una interculturalidad crítica (55).

El autocuidado durante la maternidad, está ligado a una visión de responsabilidad durante una nueva etapa y al temor a la enfermedad, esto implica, una serie de

acciones y tareas por aprender durante el embarazo, en una atención simultánea de los servicios de salud y de una la atención tradicional, lo que a su vez puede estar relacionado con los sentimientos de temor, ocultamiento de las prácticas de cuidado y la no adherencia al control prenatal. En este proceso de aprendizaje y de múltiples cambios, la familia, el compañero y otras embarazadas se convierten en una de las principales redes de apoyo, de quienes además de recibir un soporte emocional, percibe un apoyo instrumental e informacional, que influyen en su bienestar.

En el contexto, se identificaron un número mayor de barreras que influyen en la salud de mujeres y niños, a diferencia de los recursos, presentes en la comunidad, la familia y en los servicios de salud.

Teniendo en cuenta las características del modelo de evaluación de cobertura de servicios de salud, Tanahashi (1978), en un orden de mayor a menor percepción, se encuentran que existen barreras de aceptabilidad de los servicios, en lo que concierne a la organización de los recursos, los programas y estrategias para una atención pertinente, oportuna, adecuada y humanizada a las necesidades de la comunidad. Seguidamente, se identificaron las barreras de accesibilidad geográfica, financiera y de tiempo, luego se encontraron las de contacto con los servicios, relacionadas con la inconformidad de la atención, y la disponibilidad de la atención tradicional como una alternativa de la comunidad. Además del poco interés de las autoridades sobre la inclusión de la medicina tradicional en los planes territoriales. Finalmente las barreras relacionadas con la disponibilidad de recursos en los servicios, no fueron notorias, a excepción de la falta de profesionales médicos con suficiente experiencia en la atención materna.

Ahora bien entre los recursos, que se identificaron fueron; la disponibilidad de lo que incluye el paquete de atención del control prenatal y la educación en signos y síntomas de alarma, que brindan los servicios de salud. Como recursos de la comunidad, se valorad las redes de apoyo como la familia, el compañero, la madre FAMI y otras embarazadas, y la medicina tradicional como otra alternativa de atención en salud.

Por último, se encontró que en medio de barreras y recursos, existen otras situaciones que requieren de una atención urgente, tales como; la vigilancia en salud pública del evento de muerte fetal, la vigilancia epidemiológica de los eventos de violencia basada en género, liderar la humanización de la atención,

desde la política de talento humano, y la sensibilización de los tomadores de decisión frente a dichos problemas de Salud Pública.

13.1. Recomendaciones

A los tomadores de decisiones y autoridades locales, promover espacios de participación entre actores comunitarios, médicos ancestrales y autoridades, con el fin de conocer los avances en salud con enfoque étnico y evaluar las necesidades en salud, como elemento diagnóstico para el planteamiento de acciones interculturales e intersectoriales, posibles a tratar en los planes territoriales.

A los líderes en los servicios, gestionar la organización de los servicios y reorientación de los programas, teniendo en cuenta, la planificación estratégica, la humanización de la atención en la política de talento humano, la seguridad del paciente, las coberturas de programas y la evaluación de actividades, y la satisfacción de los usuarios durante los procesos de atención. Además revisar cómo se está educando a la comunidad en el tema de la salud sexual y reproductiva.

A la comunidad académica, realizar estudios en temas que profundicen sobre efectos de las barreras más relevantes, tanto para la adherencia al control prenatal, como en los determinantes socioculturales y las condiciones en la que se encuentran las comunidades indígenas frente a la salud materna infantil. Para lo cual, el presente estudio es un primer acercamiento para continuar investigaciones en temas relevantes relacionados con el abordaje étnico e intercultural en las políticas de la salud pública.

La comunidad, los sabedores tradicionales, las gestantes y sus familias, dar continuidad a los procesos de participación comunitaria ya iniciados, empoderarse de la información para hacer parte activa de los servicios de salud, poner en práctica la promoción del autocuidado, defender sus derechos en salud y cumplir con sus deberes, fortalecer los vínculos familiares como red de apoyo en el afrontamiento de una nueva etapa, así disminuyendo las barreras que provengan de la familia, la sociedad y la pareja y propiciando espacios de aprendizaje.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef. Estado Mundial de la Infancia 2009: salud materna y neonatal. UNICEF's flagship publication: The State of the World's Children 2009: Child Survival.
2. Instituto Nacional de salud. Situación de la mortalidad materna en Colombia durante el primer trimestre de 2012 y 2013. 2013.
3. Ribotta B, Pedrero MM, Oyarce AM. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. 2010.
4. Córdoba. Dirección Municipal de Salud. Analisis de la situación de salud ASIS. Municipio de Córdoba, Nariño. 2013.
5. Mc Carthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. Studies In Family Planning. 1992;23(1):23-33.
6. Naciones Unidas. Informe 2015. Resumen Ejecutivo [Internet]. New York 2015. Available: https://www.google.com.co/?qfe_rd=cr&ei=LJYcVJnDONGFqQXQhIH4CQ#q=informe+ejecutivo+OBJETIVOS+DEL+MILENIO+2015.
7. Piñeros M. Algunas reflexiones en torno a la salud de comunidades indígenas. Biomédica. 1994;14(3):187-92.
8. UNICEF. Modelo de análisis de mortalidad materna. In: OPS, editor. Hojas Informativas OSSyR Una serie monográfica periódica del Observatorio de Salud sexual y Reproductiva. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina. Octubre de 2010.
9. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Columbia University. 1997.
10. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. Salud mental. 2010;33(5):397-408 %@ 0185-3325.
11. Rodríguez Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, García J, Leonor M. Benefits of combining methods to analyze the causes of maternal mortality, Bucaramanga, Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011;29(4):213-9 %@ 1020-4989.
12. Reis V, Deller B, Catherine Carr CNM, Smith J. Respectful Maternity Care. 2012.
13. PAHO. Experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas. Bogotá. 2007.

14. Rojas R. Health Program of the Indigenous Peoples of the Americas. Action Plan 2005–2007. Pan American Health Organization, Washington, DC. 2005.
15. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Perfil epidemiológico de los pueblos indígenas de Colombia, 2015.
16. Bravo NXA, Guarín SR, Pepinosa NYG, Guarín HP. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2012(37).
17. Toro PL. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*. 2012;10(2).
18. Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*. 2011(10):21-9.
19. UNFPA. Dossier sobre interculturalidad y salud materna. Resumen ejecutivo. Panamá. Febrero de 2011.
20. Cunningham Kain M. Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. *Etnia, Cultura y Salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*, 2002.
21. Vargas LA. Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas. *Chungará (Arica)*. 2006;38(1):155-7.
22. Cortés LME, Ogazón AY. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *CIENCIA ergo sum*. 2009;16(3):293-301.
23. Albó X. Interculturalidad y salud. *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*-Ediciones Abya-Yala-Quinto, Ecuador. 2004.
24. Ana MAM, Aldo Vidal H, Jaime Neira R. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales Conceptual bases of intercultural health. *Revista Médica de Chile*. 2003(9):1061.
25. Hita SR. Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. (Portuguese). *Health, globalization and interculturalism: an anthropological approach to the situation of indigenous peoples in South America (English)*. 2014;19(10):4061.
26. Sánchez AV. Diálogo de saberes Encuentro internacional de agentes tradicionales, partería y enfermería. *Entramado*. 2007;3(1):102-11.

27. Parra Beltran L, Pacheco Castro AM. ¿Monologo o dialogo intercultural entre sistemas medicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*. 2006;110.
28. Muñoz Bravo SF, Castro E, Castro Escobar ZA, Narvaez NC, Ortega Rodriguez DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. (Spanish). Interculturality and materno-perinatal perceptions, Toribio Cauca 2008-2009 (English). 2012;44(1):39-44.
29. Ministererio de Salud y de Protección Social. Decreto 1973 por el cual se crea la subcomisión de salud de la mesa permanente de concertación de los pueblos y organizaciones indígenas. Bogotá, Colombia, 2013.
30. Bocanegra BMP, Migdolia B. Significado que le asigna la madre al cuidado cultural de ella misma y su recién nacido durante el puerperio a partir de sus prácticas y creencias: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
31. de María Cáceres-Manrique F. El control Prenatal: una reflexión urgente Prenatal care: an urgent reflection. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2009;60(2):165-70.
32. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2006;23(1).
33. Del Popolo F, Oyarce AM. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. CEPAL Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/21237/delpopolo.pdf>. 2005.
34. Larguía AM, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Bianculli P, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural: Conceptualización e implementación del modelo: UNICEF Argentina; 2012.
35. Green EC, Makhubu L. Traditional healers in Swaziland: toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors. *Social Science & Medicine*. 1984;18(12).
36. Aday MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223.
37. Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS Ginebra; 2009.

38. Knipper M. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2010;27(1).
39. Mayca J, Palacios-flores E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. (spanish).2009;26(2):145-60.
40. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *salud pública de méxico*. 2013;55(6).
41. Villegas CB, Luna JE. La salud materna: un gran reto para Colombia. *Rev salud pública*. 1999;1(1).
42. de María Cáceres-Manrique F, Molina-Marín G. INEQUIDADES SOCIALES EN ATENCIÓN MATERNA Social inequity in maternal care. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;61(3):231-8.
43. Rodríguez-Angulo E, Aguilar-Pech P, Montero-Cervantes L, Hoil-Santos J, Andueza-Pech G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed*. 2012;23:23-32.
44. de Moura-Pontes AL, Garnelo L, Antrop D. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *salud pública de méxico*. 2014;56(4)
45. Sánchez-Pérez HJ, Ochoa-Díaz López H, García-Gil MdM, Martín-Mateo M. Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud pública de México*. 1997;39(6).
46. Chavez-Courtois M, Casanueva E. Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas. *Rev salud pública*. 2005;7(1):16-25.
47. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*. 1974;9(3):208.
48. Báscolo EP, Yavich N, Urquía ML. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2007;6(12).
49. Donabedian A, Fund C. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care: Harvard University Press Cambridge; 1973.
50. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978;56(2):295-303.

51. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública de México*. 2006;48(5).
52. Villamizar LAR, Ruiz-Rodríguez M, García MLJ. Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia. *Rev panam salud pública*. 2011;29(4):213-9.
53. Adolfo Gerardo ÁP, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007;33(2).
54. Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(3):7-13.
55. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*. 2010:75-96.
56. Albán A. ¿ Interculturalidad sin decolonialidad?: colonialidades circulantes y prácticas de re-existencia. Villa, Wilmer y Grueso, Arturo (comp), *Diversidad, interculturalidad y construcción de ciudad*. 2008:64-96.
57. Galeano ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo editorial universidad EAFIT. 2004.
58. Bottorff JL, Morse JM. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig: Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante; 2005.
59. Casilimas CAS. *Investigación cualitativa: ICFES, Asociación Colombiana de Universidades e instituciones Universitarias Privadas*; 1996.
60. Baylina M, Ortiz A, Prats M. Conexiones teóricas y metodológicas entre las geografías del género y la infancia. Ponencia presentada en el X Coloquio Internacional de Geocrítica, realizado del. 2008;26.
61. Alcaldía del Municipio de Córdoba. *Plan de desarrollo municipal 2012-2015*. Municipio de Córdoba, Nariño.2012.
62. Ferrer U. *Filosofía y cosmovisión*. 1981.
63. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill. 2010.
64. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):423-36.

65. Holsti OR. Content analysis for the social sciences and humanities. 1969.
66. de Helsinki D. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial. 2008.
67. Guzmán A, González C, Iliana M, Piña G, Aurora M, Flores S, et al. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*. 2012;4(2).
68. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;54(1):49-57.
69. Gómez L, Pérez M, Vila J. Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología conductual*. 2001;9:5-38.
70. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica State of the Art in Access to Health Services Research in Colombia, 2000-2013. 2014.
71. Orozco LT, Orderique L, Samamé TZ, Huamaní S, Félix F, Tarazona KE, et al. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;53(1):10-7.
72. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;93(5, Part 1):661-6.
73. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 201, 2021, la salud en Colombia la Construyes tú. Bogotá, Colombia. Abril 2013. 535 p.
74. González LA. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina*/Comparative analysis of health care models for the indigenous population of the Andean region of Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015;33(1):7.

15. ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento guía de observación estructurada

Observación No	Fecha:	Lugar:	Hora inicio:	Hora fin:

Sujetos y/o evento observado:

Objetivo de la observación: Identificar y comprender la interacción de las gestantes, durante las actividades cotidianas de reuniones grupales, en los cuales participa la gestante y en diferentes momentos de la atención en la institución de salud.

Descripción detallada de la situación:

Lo que sentí y pensé antes y después de la actividad:

Aspectos positivos de la observación

Aspectos negativos de la observación:

Datos emergentes: Supuestos de observación o Hipótesis:

Evite las inferencias y los juicios de valor. Realice una descripción objetiva. Intente realizar una foto de la situación que está observando en palabras y que le permita al lector ubicarse mentalmente, en el lugar que usted está observando.

ANEXO 2: Guía de entrevistas semi-estructurada Dirigida a gestantes

Entrevista N°	Fecha:	Lugar:	Hora inicio:	Hora fin:

Participante:

Objetivo de la entrevista: Conocer desde la cosmovisión de la gestante aspectos relacionados con la salud materna e intercultural.

Datos sociodemográficos: Edad _____ Ocupación _____
 _____ Etnia _____ Escolaridad _____ Afiliación a
 seguridad social _____ Número de Hijos _____
 Residencia Actual _____ convivientes en el
 hogar _____
 Nivel socioeconómico _____

Contextualización	“El motivo del encuentro es que podamos charlar un poco acerca de sus experiencias en la comunidad, puede sentirse libre de expresarte y compartir con tranquilidad lo que quiera en este espacio”
-------------------	--

Temáticas	Preguntas orientadoras
Comprensión de la cosmovisión de la salud, de la maternidad y del control prenatal	¿Cómo se ha sentido durante el embarazo? ¿Cuántos meses de embarazo tiene? ¿Cómo se describe durante el embarazo? ¿Qué piensa sobre la atención en salud? ¿Qué piensa sobre el programa de control prenatal? ¿Qué piensa sobre la medicina tradicional?
Características de la comunidad y de los servicios de salud	¿Cuando ha sido atendida por un médico-a de la comunidad? ¿Cómo ha sido atendido por el médico-a de la comunidad? ¿Qué recomendaciones recibió del médico-a de la comunidad? ¿Quién le da consejos o recomendaciones para cuidarse durante el embarazo? ¿Qué remedios caseros utiliza durante el embarazo? ¿Qué alimentos procura consumir durante el embarazo? ¿Cómo es su relación con el personal de salud de la comunidad? ¿Cómo ha sido atendida por el hospital o la IPS indígena? ¿Se encuentra inscrita en el curso psicoprofiláctico? ¿Qué recomendaciones recibió del médico o la enfermera durante el control prenatal? ¿Participa de algún programa del ICBF o proyecto en salud, nutrición u otro de la comunidad? ¿Qué aprendió de las capacitaciones recibidas durante el embarazo por alguna entidad del Municipio?

	¿Conoce sobre los derechos y deberes en salud?
Recursos para el acceso y la participación en salud	<p>¿Su familia le ayuda durante el embarazo?</p> <p>¿Cómo recibe ayuda o apoyo durante el embarazo de otras personas?</p> <p>¿Usted participa o pertenece algún grupo o asociación en salud u otro de la comunidad?</p> <p>¿Cuenta con todo lo necesario en su casa para estar bien durante el embarazo?</p> <p>¿Qué le ha gustado de la atención en salud en el Hospital o la IPS indígena?</p> <p>¿Cuánto tiempo se demora de la casa al hospital?</p>
Barreras para el acceso y la participación en salud	<p>¿Cuándo no ha podido asistir a las citas médicas o controles prenatales programados?</p> <p>¿Le ha tocado asumir algún tipo de gasto por medicamentos u otros que no le cubre el hospital?</p> <p>¿Ha tenido alguna dificultad o problema en el hospital?</p> <p>¿Ha comprendido lo que le han explicado sobre su embarazo, los laboratorios y remisiones en el hospital?</p> <p>¿El médico-a o enfermera del hospital le generan confianza durante la atención?</p> <p>¿Qué piensa sobre la oficina de atención al usuario del hospital?</p> <p>¿En qué casos preferiría ser atendido por el médico-a de la comunidad?</p> <p>¿Qué le no le ha gustado de la atención en salud en el Hospital o la IPS indígena?</p>

ANEXO 3: Guía previa entrevistas semiestructurada Dirigida a sabedores tradicionales.

Entrevista N°	Fecha:	Lugar:	Hora inicio:	Hora fin:

Participante:

Objetivo de la entrevista: Conocer y comprender desde la cosmovisión de los médicos-as de la comunidad aspectos relacionados con la situación de la salud materna e intercultural.

Datos sociodemográficos: Edad _____ Ocupación _____
 sexo _____ Etnia _____ Escolaridad _____ Afiliación
 a seguridad social _____ Número de Hijos
 _____ Residencia Actual _____ convivientes en el
 hogar _____
 Nivel socioeconómico _____

Contextualización	“El motivo del encuentro es que podamos charlar un poco acerca de sus experiencias en la comunidad, puede sentirse libre de expresarte y compartir con tranquilidad lo que quiera en este espacio”
-------------------	--

Temáticas	Preguntas orientadoras
Ccomprensión de la cosmovisión de la salud, de la maternidad y del control prenatal	¿Hace cuánto tiempo trabaja en la comunidad? ¿Desde cuándo ejerce su profesión? ¿Cómo aprendió sus saberes u oficio? ¿Qué conoce sobre la salud materna? ¿Qué piensa del programa de control prenatal? ¿Qué piensa de las prácticas en salud de la comunidad? ¿Qué piensa de la medicina tradicional? ¿Qué piensa de las instituciones de salud en la comunidad? ¿Qué piensa sobre la interculturalidad en salud?
Características de la comunidad y de los servicios de salud	¿Qué tipos de pacientes atiende con mayor frecuencia? ¿Usted por qué cree que la salud de las embarazadas en la comunidad es importante? ¿Cómo organiza lo necesario para la atención a las embarazadas? ¿Qué piensa sobre la atención a las embarazadas en el hospital y en la IPS CENSAIM? ¿Usted piensa que es importante la capacitación y actualización en salud? ¿Usted conoce qué estrategias o acciones en salud materna e infantil se están adelantando en el hospital? ¿Conoce sobre los planes en salud municipal o de cabildo indígena en salud orientados a la salud materna? ¿Participa o pertenece algún comité en salud en el que pueda aportar para mejorar la atención en salud?

	¿Conoce alguna ruta de atención para la salud materna?
Recursos para el acceso y la participación en salud	<p>¿Cómo es la relación con las embarazadas durante la atención?</p> <p>¿Durante la atención cómo las embarazadas manifiestan sus inquietudes?</p> <p>¿Qué cosas cree que le facilitan o le ayudan a las embarazadas para que estén bien de salud?</p> <p>¿Qué le recomienda a las embarazadas para su bienestar?</p> <p>¿Cree que la embarazada necesita apoyo de la familia?</p> <p>¿Cree que la embarazada necesita apoyo de la comunidad?</p> <p>¿Cree que la embarazada necesita apoyo del hospital?</p> <p>¿Qué le gustaría que las instituciones adelanten para fortalecer la medicina tradicional?</p> <p>¿De qué forma se podría articular la medicina tradicional con la medicina occidental?</p>
Barreras para el acceso y la participación en salud	<p>¿Qué cosas cree que le dificultan o le impiden a las embarazadas para que estén bien de salud?</p> <p>¿Qué barreras identifica para que las embarazadas no acudan al control prenatal?</p> <p>¿Cómo se ha resuelto alguna dificultad o inconformidad con alguna embarazada?</p> <p>¿Usted cree que es importante que las embarazadas participen en los procesos de salud?</p> <p>¿Por qué cree que las gestantes prefieren ahora acudir con mayor frecuencia al hospital que al médico tradicional?</p>

ANEXO 4: Guía previa entrevistas semiestructurada Dirigida a profesionales en salud.

Entrevista N°	Fecha:	Lugar:	Hora inicio:	Hora fin:

Participante:

Objetivo de la entrevista: Conocer y comprender desde la cosmovisión de los profesionales de la salud aspectos relacionados con la situación de la salud materna e intercultural.

Datos sociodemográficos: Edad _____ Ocupación _____
 sexo _____ Etnia _____ Escolaridad _____ Afiliación
 a seguridad social _____ Número de Hijos
 _____ Residencia Actual _____ convivientes en el
 hogar _____
 Nivel económico _____

Contextualización	“El motivo del encuentro es que podamos charlar un poco acerca de sus experiencias en la comunidad, puede sentirse libre de expresarte y compartir con tranquilidad lo que quiera en este espacio”
-------------------	--

Temáticas	Preguntas orientadoras
Comprensión de la cosmovisión de la salud, de la maternidad y del control prenatal	¿Hace cuánto tiempo trabaja en la comunidad? ¿Desde cuándo ejerce su profesión? ¿Qué conoce sobre la salud y la seguridad materna? ¿Qué piensa del programa de control prenatal? ¿Qué piensa de las creencias y prácticas de salud de la comunidad? ¿Qué piensa de la medicina tradicional? ¿Qué piensa de los médicos tradicionales de la comunidad? ¿Qué piensa sobre el enfoque étnico en los programas de salud? ¿Qué conoce sobre la interculturalidad en salud?
Características de la comunidad y de los servicios de salud	¿Qué tipos de patologías atiende con mayor frecuencia en el hospital? ¿Usted cree que las patologías relacionadas con la salud materna son prioritarias en la comunidad? ¿Cómo está organizado el programa de control prenatal? ¿Qué piensa sobre la atención a las embarazadas en el hospital y en la IPS CENSAIM? ¿Cómo ha sido el proceso de capacitación y actualización en salud materna e infantil? ¿Qué estrategias o acciones en salud materna e infantil se están desarrollando en el hospital? ¿Conoce sobre los planes en salud municipal o de cabildo indígena en salud orientados a la salud materna?

	<p>¿Participa o pertenece algún comité en salud en el que pueda aportar para mejorar la atención en salud?</p> <p>¿Existe una ruta de atención para la atención materna?</p>
Recursos para el acceso y la participación en salud	<p>¿Cómo es la relación con las embarazadas durante la atención?</p> <p>¿Durante la atención cómo las embarazadas manifiestan sus inquietudes?</p> <p>¿Qué cosas cree que le facilitan o le ayudan a las embarazadas para que estén bien de salud?</p> <p>¿Con que recursos cuentan las embarazadas para estar bien de salud?</p> <p>¿Cree que la embarazada tiene el apoyo familiar que necesita?</p> <p>¿Cree que la embarazada necesita apoyo de la comunidad?</p> <p>¿Qué cosas piensa que se necesitan para brindar una atención con calidad a las embarazadas en la comunidad?</p> <p>¿Cómo se podrían articular la medicina tradicional y la medicina occidental?</p>
Barreras para el acceso y la participación en salud	<p>¿Qué cosas cree que le dificultan o le impiden a las embarazadas para que estén bien de salud?</p> <p>¿Cómo se ha resuelto alguna dificultad o inconformidad con alguna embarazada?</p> <p>¿Qué barreras identifica para que las embarazadas no acudan al control prenatal?</p> <p>¿Usted cree que es importante que las embarazadas participen en los procesos de salud?</p>

ANEXO 5. Consentimiento informado dirigido a las Gestantes.

Título del Proyecto: “COMPRENSIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL”

Apreciado(a) Sr. (Sra.)

Usted ha sido invitada a participar en una investigación, antes de que usted decida participar, por favor lea, este documento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que desee con el fin de asegurarse que comprenda cuál es su papel en el estudio, incluyendo riesgos y beneficios. La intención de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir libremente y voluntariamente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Se trata de un proyecto de investigación relacionado con la salud materna. Este se desarrollará en el resguardo de Males y su propósito es identificar herramientas que ayuden a las instituciones de salud y a los tomadores de decisión a implementar una intervención encaminada a mejorar la salud materna en la comunidad. Se espera que participen del estudio entre cuatro y quince embarazadas de la comunidad, mayores de 18 años, incluyendala a usted.

El tiempo que se espera usted participe en el estudio es de cuatro meses, tiempo en el cual el investigador tendrá en cuenta cómo usted interactúa en su vida cotidiana en reuniones programadas del hogar FAMI y en especial en el hospital cuando es atendida y en las sesiones del curso psicoprofiláctico, luego esta invitada a participar de unas entrevistas, las cuales tendrán una duración aproximada de 40 minutos a una hora. En el caso de ser necesario, se la contactará de nuevo para que nos brinde su colaboración. Toda la información de entrevistas, grabaciones de voz y fotografías que usted suministre, no se revelarán, serán de forma anónima y se guardarán con estricta privacidad.

Su participación es de forma libre y voluntaria en el proyecto, por lo cual puede retirarse en el momento en que lo desee, sin generarle algún tipo de prejuicio o afectación. Su responsabilidad será informarnos si desea hacerlo. Durante las entrevistas usted revivirá algún tipo de experiencia que vivió durante el embarazo en relación con la atención en salud, dificultades con la pareja o la familia, recuerdos que pueden tocar su sensibilidad, pero que en ningún momento del estudio se le juzgará o recriminará alguna situación presentada. En el caso de presentarse lo anterior, por parte del investigador recibirá todo el apoyo necesario para la atención en salud, para esto existe una ruta de atención y el acompañamiento por una trabajadora social de la comunidad.

Los beneficios del proyecto no son directos, pero la información será de ayuda para las autoridades de la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la salud de las embarazadas y sus familias.

No habrá compensación económica por su participación, pero durante el proyecto se brinda disponibilidad para el apoyo en trámites de cualquier situación relacionada con salud u otro que

este al alcance del investigador. Usted no tendrá que hacer ningún gasto del bolsillo para el desarrollo del proyecto, cuando se requiera se le suministrará transporte y refrigerios.

En el transcurso de la investigación usted puede solicitar información actualizada sobre el proyecto.

Su participación en el estudio puede terminar cuando usted decide retirarse voluntariamente del mismo, no asiste a mas de dos reuniones de entrevista o cuando haya finalizado el estudio.

Recuerde que usted autoriza al responsable de la investigación para que la información recolectada se emplee para el desarrollo del presente estudio y otros estudios.

En caso de presentar dudas o preguntas sobre los derechos como participante del proyecto, usted puede comunicarse con la estudiante Martha Isabel Cuarán al teléfono 3162931022, con el tutor de la investigación linda Orcasita al teléfono 3168264911 y con el comité ética CIREH de la Universidad del Valle, a su presidente la profesora Florencia Velazquez, telefono 5185677 en Cali.

De este consentimiento, le será entregado una copia a usted como participante del proyecto.

Después de haber comprendido, manifiesto de forma libre y voluntaria que deseo participar en la investigación para lo cual informo mis datos personales y firmo la autorización.

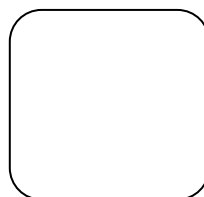
Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Manifiesto no saber firmar, dejo la huella



Testigos 1.

Nombres y apellidos _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Teléfono: _____

Testigo 2.

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Teléfono: _____

Anexo 6: Consentimiento informado Dirigido a sabedores tradicionales.



Título del Proyecto: “COMPRENSIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL”

Apreciado(a) Sr. (Sra.)

Usted ha sido invitado a participar en una investigación, antes de que usted decida participar, por favor lea, este documento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que desee con el fin de asegurarse que comprenda cuál es su papel en el estudio, incluyendo riesgos y beneficios. La intención de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir libremente y voluntariamente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Se trata de un proyecto de investigación relacionado con la salud materna. Este se desarrollará en el resguardo de Males y su propósito es identificar herramientas que ayuden a las instituciones de salud y a los tomadores de decisión a implementar una intervención encaminada a mejorar la salud materna en la comunidad. Se espera que participen del estudio inicialmente dos sabedores tradicionales reconocidos en la comunidad, incluyendolo a usted.

El tiempo que se espera usted participe en el estudio es de cuatro meses, tiempo en el cual el investigador tendrá en cuenta cómo usted interactúa en su vida cotidiana en especial durante la atención a pacientes embarazadas, luego esta invitado-a a participar de unas entrevistas, las cuales tendrán una duración aproximada de 40 minutos a una hora. En el caso de ser necesario, se el contactará de nuevo para que nos brinde su colaboración. Toda la información de entrevistas, grabaciones de voz y fotografías que usted suministre, no se revelarán, serán de forma anónima y se guardarán con estricta privacidad.

Su participación es de forma libre y voluntaria en el proyecto, por lo cual puede retirarse en el momento en que lo desee. Su responsabilidad será informarnos si desea hacerlo. Además, es importante que usted conozca que usted no está expuesto a ningún riesgo durante su participación, pero en el caso de alguna situación que se presente durante la atención a la embarazada y que requiera ayuda, el investigador le apoyará con el acompañamiento de una trabajadora social de la comunidad.

Los beneficios del proyecto no son directos, pero la información será de ayuda para las autoridades de la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la salud de las embarazadas y sus familias.

No habrá compensación económica por su participación, pero durante el proyecto se brinda disponibilidad para el apoyo en trámites de cualquier situación relacionada con salud u otro que este al alcance del investigador.

No tendrá que hacer ningún gasto del bolsillo para el desarrollo del proyecto, cuando se requiera se le suministrará transporte y refrigerios.

En el transcurso de la investigación usted puede solicitar información actualizada sobre el proyecto.

Su participación en el estudio puede terminar cuando usted decide retirarse voluntariamente del mismo, no asiste a mas de dos reuniones de entrevista o cuando haya finalizado el estudio.

Recuerde que usted autoriza al responsable de la investigación para que la información recolectada se emplee para el desarrollo del presente estudio y otros estudios.

En caso de presentar dudas o preguntas sobre los derechos como participante del proyecto, usted puede comunicarse con la estudiante Martha Isabel Cuarán al teléfono 3162931022, con el tutor de la investigación linda Orcasita al teléfono 3168264911 y con el comité ética CIREH de la Universidad del Valle, a su presidente la profesora Florencia Velazquez, teléfono 5185677 en Cali.

De este consentimiento, le será entregado una copia a usted como participante del proyecto.

Después de haber comprendido, manifiesto de forma libre y voluntaria que deseo participar en la investigación para lo cual informo mis datos personales y firmo la autorización.

Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Manifiesto no saber firmar, dejo la huella

Testigo 1

1. Nombres y apellidos _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Testigo 2.

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Anexo 7: Consentimiento informado Dirigido a profesionales de la salud.

Título del Proyecto: “COMPRENSIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL”

Apreciado(a) Dr. (Dra.)

Usted ha sido invitada a participar en una investigación, antes de que usted decida participar, por favor lea, este documento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que desee con el fin de asegurarse que comprenda cuál es su papel en el estudio, incluyendo riesgos y beneficios. La intención de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir libremente y voluntariamente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Se trata de un proyecto de investigación relacionado con la salud materna. Este se desarrollará en el resguardo de Males y su proposito es identificar herramientas que ayuden a las instituciones de salud y a los tomadores de decisión a implementar una intervención encaminada a mejorar la salud materna en la comunidad. Se espera que participen del estudio dos profesionales de la salud de la E.S.E San Bartolomé que atienden embarazadas.

El tiempo que se espera usted participe en el estudio es de cuatro meses, tiempo en el cual el investigador tendra en cuenta cómo usted interactua en su vida cotidiana en especial durante la atención a pacientes embarazadas y en las cesiones del curso psicoprofiláctico, luego esta invitado participar de unas entrevistas, las cuales tendrán una duracion aproximada de 40 minutos a una hora. En el caso de ser encesario, se el contactará de nuevo para que nos brinde su colaboración. Toda la información de entrevistas, grabaciones de voz y fotografías que usted suministre, no se revelarán, serán de forma anónima y se guardarán con estricta privacidad.

Su participación es de forma libre y voluntaria en el proyecto, por lo cual puede retirarse en el momento en que lo desee. Su responsabilidad será informarnos en este momento. Además, es importante que usted conozca que no está expuesto a riesgos durante su participación, sin embargo, en el caso de encontrar alguna dificultad con alguna paciente durante la atención, el investigador apoyará mediante el acompañamiento de una trabajadora social de la comunidad , para lo cual se activará una ruta de atención.

Los beneficios del proyecto no son directos, pero la información será de ayuda para las autoridades de la comunidad en la toma de decisiones para mejorar la salud de las embarazadas y sus familias.

No habrá compensación económica por su participación y no tendrá que hacer ningún gasto del bolsillo para el desarrollo del proyecto, cuando se requiera se le suministrará transporte y refrigerios.

En el transcurso de la investigación usted puede solicitar información actualizada sobre el proyecto.

Su participación en el estudio puede terminar cuando usted decide retirarse voluntariamente del mismo, no asiste a mas de dos reuniones de entrevista o cuando haya finalizado el estudio.

Recuerde que usted autoriza al responsable de la investigación para que la información recolectada se emplee para el desarrollo del presente estudio y otros estudios.

En caso de presentar dudas o preguntas sobre los derechos como participante del proyecto, usted puede comunicarse con la estudiante Martha Isabel Cuarán al teléfono 3162931022, con el tutor de la investigación linda Orcasita al teléfono 3168264911 y con el comité ética CIREH de la Universidad del Valle, a su presidente la profesora Florencia Velazquez, teléfono 5185677 en Cali.

De este consentimiento, le será entregado una copia a usted como participante del proyecto.

Después de haber comprendido, manifiesto de forma libre y voluntaria que deseo participar en la investigación para lo cual informo mis datos personales y firmo la autorización.

Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Testigo 1.

Nombres y apellidos _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

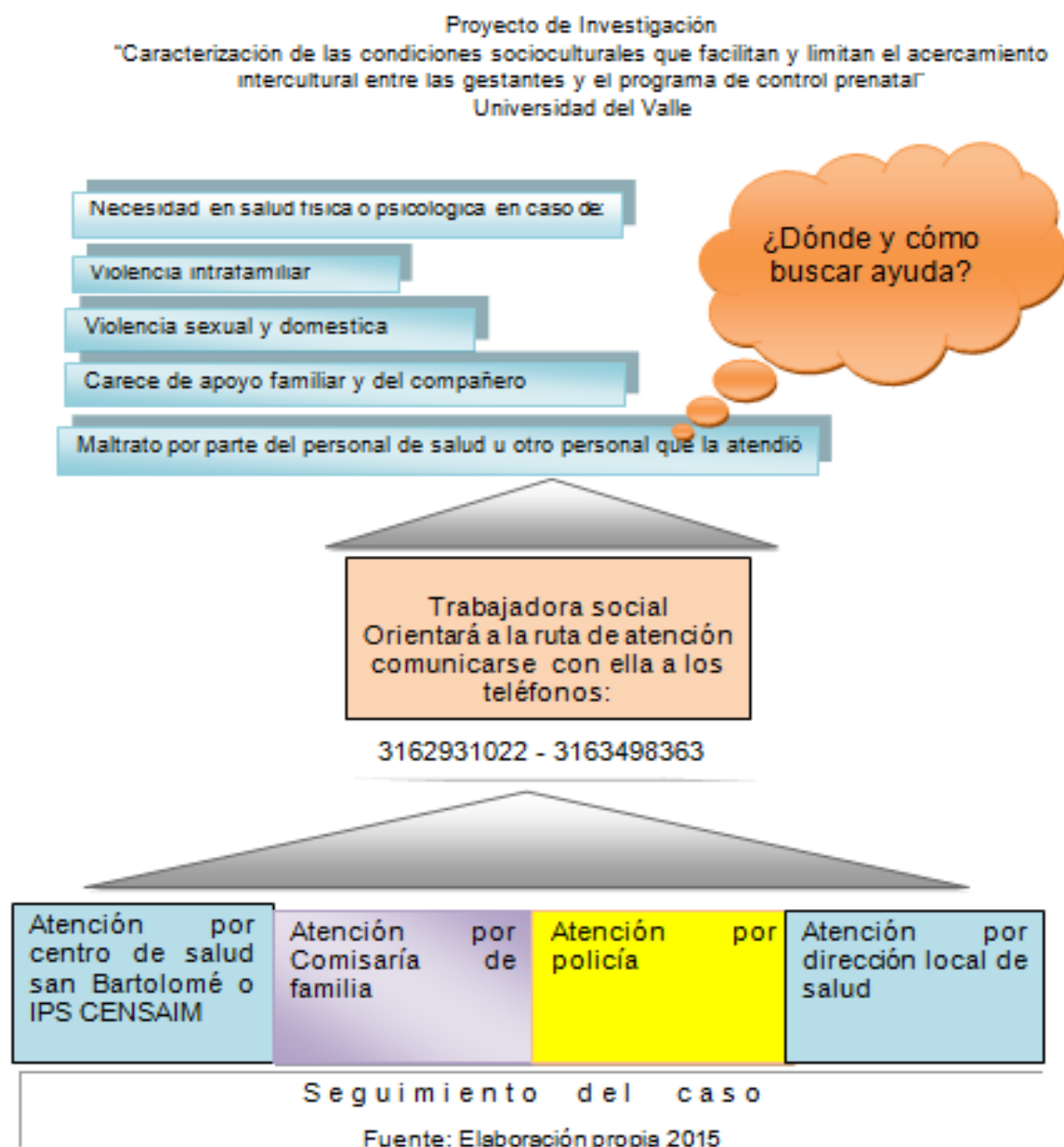
Testigo 2.

Nombres y apellidos: _____

Lugar de residencia: _____

Identificación: _____ Telefono: _____

Anexo 8: Ruta de atención en salud para la atención de las embarazadas.



Anexo 9. Acta Aval consentimiento Comité Ética Humana.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 004 - 015

Proyecto: **COMPRESION DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

Sometido por: **LINDA TERESA ORCASITA / TERESITA SEVILLA / MARTHA ISABEL CUARAN.**

Código Interno: **017 - 015** Fecha en que fue sometido: **24** **03** **2015**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- Lesiones a sujetos humanos.

- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO**

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Fecha:

16 06 2015

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Nombre: **HERNAN J. PIMIENTA J.**

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Fecha:

16 06 2015

Teléfono: 5185680

Anexo 11. Autorización E.S.E San Bartolomé

 CENTRO DE SALUD BARTOLOME DE CÓRDOBA E.S.E. <small>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 814.006.908-2</small>	OFICIOS EXTERNOS		ACTUALIZACIÓN: 10/01/ 2012
			REALIZÓ:
	NIT 814006908-2	VERSIÓN: 1	Página 1 de 1

Córdoba (N), Enero 29 de 2015.

Señores:
UNIVERSIDAD DEL VALLE
Cali – Valle del Cauca

REF. AUTORIZACION

El Suscrito Gerente del **CENTRO DE SALUD SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA E.S.E.**, con Nit. N° 814.006.908-2, Ubicado en el Municipio de Córdoba (N), AUTORIZA a la Doctora **MARTHA ISABEL CUARAN**, Identificada con Cédula de Ciudadanía Nro 27.169.172 de Córdoba, Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Valle, para desarrollar el Proyecto de Investigación “**CARACTERIZACION DE LAS CONDICIONES SOCIALES Y CULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**”, en nuestra Institución, permitiéndole acceso a información con fines académicos, bajo reserva ética y legal, y realización de actividades necesarias para el desarrollo del proyecto en mención.

Atentamente,




EDWIN ALIRIO CERÓN HERNÁNDEZ
Gerente
Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba E.S.E.

AVENIDA SAN BARTOLOMÉ DE CÓRDOBA, TELEFONOS 3173726955 - 3158229854
censanbartolomeese@gmail.com


ANEXO 12. Autorización Gobernador Resguardo de Males.



Que: **MARTHA ISABEL CUARAN CHAPUESGAL**, identificada con cédula de ciudadanía N° 27.169.172 expedida en Córdoba, Nariño, estudiante de la **UNIVERSIDAD DEL VALLE**, programa: **MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**, código 1304671, es indígena perteneciente a la **ETNIA DE LOS PASTOS**, así mismo se encuentra censada y radicada el Registro existente en el despacho del Cabildo, y como tal tiene su residencia en el resguardo y convive de acuerdo a los usos y costumbres sociales, económicas, culturales y políticas propias de la comunidad indígena de esta parcialidad e cumplimiento de la ley 89 de 1980, ley 21 de 1991 y demás normas del derecho propio.

Se autoriza desarrollar el proyecto de investigación en la comunidad "**COMPRENSIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, ENTRE LAS GESTANTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**". Los recursos necesarios para la ejecución del mismo estarán a cargo del estudiante, el Cabildo no hace ningún aporte para el desarrollo de dicho proyecto.

Dada en el despacho del Honorable Corporación del Cabildo Indígena de Resguardo de Males, a los veinticinco (25) días del mes de Enero del Dos mil Quince 2015.



ALCY ALDEMAR CHAVES CUARAN
Gobernador del Cabildo Indígena
Resguardo De Males

Anexo 13. Autorización del operador Programas FAMI.

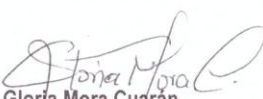


Nit: 805.094.465-5
Valle del Cauca y Nariño

La asociación empresaria de suministros y servicios varios ASOEMPRESERVAR, como Operador del programa FAMI del Instituto Colombiana ICBF, autoriza a la Enfermera MARTHA ISABEL CAURAN CHAPUESGAL, a realizar las actividades programadas en el proyecto de Investigación "CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES QUE FACILITAN Y LIMITAN, EL ACERCAMIENTO INTERCULTURAL ENTRE LAS GESTANES DE LA COMUNIDAD DE MALES Y EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, teniendo en cuenta que es un beneficio para la salud de la salud de las mujeres inscritas en el programa.

La presente autorización, se expide a solicitud de la interesada en Cali, Valle, a los once (11) días del mes de Junio del 2015.

Atentamente,


Gloria Mora Cuarán
REPRESENTANTE LEGAL

ASOEMPRESERVAR Nit: 805.094.465-5
CALLE 50 No. 28F - 81 Y 91 (2)-445.1011 CALI
asoempreservar@hotmail.com